Fälle von Hebephrenie

in der Kreis-Irrenanstalt Gabersee.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayr. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Joseph von Schleiss-Löwenfeld,
approb. Arzt aus Mantel.

München, 1904.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn.

Fälle von Hebephrenie

in der Kreis-Irrenanstalt Gabersee.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayr. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Joseph von Schleiss-Löwenfeld,
approb. Arzt aus Mantel.

ACAD. LIBRARY BIBL.

München, 1904.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn.

Gedruckt mit Genehmigung der medizin. Fakultät in München.

Meiner Mutter

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552302_0135

I.

Die vorliegende Arbeit hat den Zweck, eine Zusammenstellung der Fälle von hebephrenischer Geistesstörung, welche in der oberbayerischen Kreis-Irrenanstalt Gabersee seit ihrer Eröffnung im Jahre 1883 bis zur Mitte des Jahres 1902 zur Beobachtung gelangten, zu bieten.

Das Krankheitsbild „Hebephrenie" hat von dem Zeitpunkte an, als es aufgestellt wurde, bis in die Gegenwart verschiedene Auffassungen gefunden und einen Entwickelungsgang durchgemacht, dessen Kenntnis zur Beurteilung der einzelnen Krankheitsbilder notwendig ist und welcher den Leitfaden bei der Gruppierung derselben im folgenden bildete. Es sollen daher die wichtigsten Abschnitte dieser Entwickelung in Kürze skizziert werden.

Kahlbaum stellte den Begriff „Hebephrenie" im Jahre 1863 auf, als er in seiner „Gruppierung der psychischen Krankheiten bei den „Paraphrenien" (Geisteskrankheiten im Anschluss an physiologische Entwickelungsphasen) der „Paraphrenia senilis" die „Paraphrenia hebetica seu Hebephrenia" gegenüberstellte, ohne aber das Krankheitsbild genau zu charakterisieren. Eine eingehende, durch klinische Beobachtungen illustrierte Darstellung desselben brachte im Jahre 1871 ein Schüler Kahlbaums, Dr. Ewald Hecker, unter der Bezeichnung: „Die Hebephrenie, ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie" (Archiv für patholog. Anatomie und Physiologie von R. Virchow, 52. Band). Hecker schildert daselbst die Hebephrenie als „eine Krankheit, welche stets

im Anschluss an die Pubertät zustande kommt". . . . . „Der Ausbruch der Krankheit fällt in die Zeit vom 18.—22. Lebensjahr, . . . in die Zeit, wo die sich während der Pubertät vollziehende »psychologische Erneuerung und Umgestaltung des Ich« (Griesinger) unter normalen Verhältnissen so ziemlich ihren Abschluss erreicht hat. Dieser psychologische Prozess wird . . . durch die Hebephrenie gewissermassen in pathologische Permanenz erklärt, indem die Erscheinungen, die in jenem Übergangsstadium zeitweilig zur Beobachtung kommen, sich in krankhaft gesteigertem Masse hervordrängen." . . . . „Der Krankheitsprozess setzt der Weiterentwickelung des Geistes eine Grenze, . . . bringt eine Form des Schwachsinns hervor, der als Inhalt nur die toten Elemente jener eben durchlebten Entwickelungsphase birgt." . . . „Die Krankheit beginnt in der Mehrzahl der Fälle scheinbar als Folge einer tieferen gemütlichen Alteration mit den entschiedenen Symptomen der Melancholie, die zunächst in einer unbestimmten, namenlosen Traurigkeit und Bedrücktheit des Gemütes ihren Ausdruck findet und sich dann erst allmählich zu bestimmten, aber sehr wechselnden Wahnvorstellungen konsolidiert . . . . dabei eine grosse Oberflächlichkeit der Empfindung, und ist das Bild dieser Melancholie weit verschieden von den Jammerbildern, wie sie z. B. die gemeine Dysthymie uns liefert. . . . Neben Klagesucht über das schreckliche Elend etc. kann der Patient oft nicht den Trieb zum Lachen und zu albernen Scherzen unterdrücken. Daneben . . . oft erhöhter, bizarrer Betätigungstrieb, der bis zur Tobsucht sich steigern kann. . . . Bestimmte Wahnideen selten; . . . bizarre Einfälle, die etwas Gemachtes und Flüchtiges an sich haben, . . machen bisweilen den Eindruck, als seien sie zur Belustigung oder Dupierung anderer, oder aus Gefallen an kindischen Phantasiegebilden erfunden." . . . . „Besonders wichtig (sind) die formalen Störungen, die in den

Reden und in den Briefen und schriftlichen Aufzeichnungen der Kranken zur Beobachtung kommen: ... zunächst eine eigentümliche Abweichung von der logischen Satzbildung, wobei (der Patient) mehrfach mit der Konstruktion wechselt, ohne den Faden des Gedankenganges gerade zu verlieren; dann .... die Neigung, gewisse Redewendungen und Formen zu Tode zu hetzen ..., die Sprache zu verstellen und in Jargons zu reden, die Lust am Gebrauch obscöner, krasser, in gebildeter Sprache verpönter Wörter." Hecker betont diese Art und Weise, in der die Verblödung zutage tritt, als besonders charakteristisch für die Hebephrenie, ebenso „das lange Verhalten auf mittlerer Stufe des geistigen Verfalls" und die grosse Schnelligkeit, mit der diese Stufe des Schwachsinns erreicht wird — meist innerhalb der ersten drei Monate, spätestens innerhalb eines Jahres.

Die Prognose ist nach Hecker nicht ganz ungünstig; von den von ihm beschriebenen Fällen erreicht keiner die hohen Grade von Demenz, ein Fall wird sogar geheilt entlassen, wenn auch der Verfasser selbst nicht ganz von der Heilung überzeugt ist.

Bezüglich der Ätiologie gibt Hecker an, dass von dieser Krankheit meist Individuen betroffen werden, die „durch Häufung körperlicher Krankheiten, Kopfverletzungen, Onanie, in der körperlichen und namentlich in ihrer geistigen Entwicklung von früh auf etwas zurückgeblieben sind. Doch nicht so hochgradig und auffällig, dass die bezüglichen Individuen nicht den Anforderungen ihrer Jahre annähernd Rechnung tragen könnten". Die geistige Beschränktheit ist nur die disponierende Ursache; veranlassendes Moment zum Ausbruch häufig psychische Alteration (Ärger, Kummer etc.) Zusammenfassend definiert Hecker die Hebephrenie: „.... ihre wesentlichsten Merkmale sind: ihr Ausbruch im Anschluss an die Pubertät, das successive Auftreten der verschiedenen Zu-

standsformen, ihr enorm schneller Ausgang in einen psychischen Schwächezustand und die eigentümliche Form dieses Terminalblödsinns, dessen Anzeichen schon in den ersten Stadien der Krankheit sich erkennen lassen."

Dieses Krankheitsbild, so wie es von Hecker aufgestellt worden war, fand eine verschiedene Aufnahme; auf einer Jahresversammlung deutscher Irrenärzte zu Berlin („Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie" 1881, pag. 570) verhielt ein Teil der dort versammelten Psychiater, Mendel (Berlin), Gander (Dalldorf), sich ablehnend gegenüber der Aufstellung dieser Krankheitsform; dieselbe Auffassung äusserte Meynert (in den „klinischen Vorlesungen über Psychiatrie". 1890. Wien). Krafft-Ebing (in seinem Lehrbuch der Psychiatrie", 1. Aufl. 1879) stellte die Berechtigung als selbständige Krankheitsform in Abrede, erklärte solche Fälle als zu den degenerativen Psychosen gehörig und bezeichnete ihr Vorkommen als überaus selten. H. Sterz (Graz) betrachtete ebenfalls diese Krankheitsbilder als solche psychischer Degeneration, ohne typischen Verlauf, als „systemlosen Symptomenkomplex". (Jahrbuch f. Psychiatrie. I. pag. 94.) Eine eingehende Besprechung und zugleich eine bedeutende Erweiterung erhielt das Krankheitsbild der Hebephrenie erst durch die unter der Leitung Kräpelins entstandene Arbeit von Leon Daraszkiewicz: „Über Hebephrenie, insbesondere deren schwere Form." (Dorpat, 1892.) Der Verfasser bringt zuerst eine genaue historische Übersicht über die sämtlichen Autoren des In- und Auslandes, welche sich mit dieser Form der Seelenstörung befasst haben, und führt dann 17 von ihm beobachtete Fälle an, von denen die ersten fünf im wesentlichen denselben Verlauf zeigen wie die Hecker'schen; die folgenden haben mit den vorhergehenden die wesentlichen Merkmale gemein, unterscheiden sich aber von ihnen durch einen kürzeren und einfacheren Verlauf

und namentlich durch ein Endstadium von sehr tiefer Verblödung. Der Verfasser legt nun aus den von ihm beobachteten Fällen dar, worin die wesentlichen Merkmale der Hebephrenie bestehen; er zeigt, dass die Heckerschen Krankheitsbilder nur eine Gruppe aus einer ausgedehnteren Krankheitsform bilden; viele der von Hecker als wesentlich bezeichneten Symptome, wie die Manieriertheiten der Sprech- und Schreibweise, das Nachahmen fremder Dialekte und Sprachen, das gezierte, theatralische Wesen etc. seien nur durch die äusseren Verhältnisse des Kranken bedingte, individuelle verschiedene Erscheinungen. Hecker habe so symptomenreiche Krankheitsbilder erhalten, weil er seine Patienten den gebildeten Ständen entnahm, während bei ihm (Daraszkiewicz) solche aus der arbeitenden Bevölkerung zur Beobachtung kamen: dadurch sei der Verlauf seiner Fälle einfacher und einförmiger, aber in den Hauptmerkmalen deutlicher erkennbar geworden. „Die formalen Störungen der Ausdrucksweise .... sind in ihrem Wesen entschieden das Resultat des psychischen Zustandes des Individuums, doch wird es von den äusseren Verhältnissen abhängen, ob sie diese oder jene äussere Erscheinung annehmen. Der psychische Zustand kann nicht bewirken, dass der Patient im schriftlichen Ausdruck in lange Perioden verfällt, wenn ihm ein ähnlicher Stil ganz unbekannt ist ..... Es wird sich bei ihm nie das harmlose kindisch alberne Benehmen entwickeln können, wenn ähnliche Reminiscenzen aus der Kindheit nicht vorhanden sind ... Wenn z. B. die Patienten seit je her an einen sehr ernsten oder rohen Umgangston gewöhnt sind, so wird ihr Betragen eine krankhafte Verzerrung dieser ihnen anerzogenen Umgangsgewohnheiten zeigen.“

Für die Grundlage dieser wie überhaupt aller typischen Erscheinungen der Hebephrenie hält Daraszkiewicz (ebenso wie Hecker) den Verblödungsprozess, er fasst ihn aber nicht

auf als eine krankhafte Verzerrung der physiologischen Pubertätsvorgänge, nicht als Stehenbleiben auf der geistigen Entwicklungsstufe, welche das Individuum in diesem Alter erreicht hat, sondern als Rückbildung und Zerstörung physischer Funktionen. Dieselbe gehe der Hauptsache nach im ersteren der beiden Abschnitte des Krankheitsverlaufes, welche Daraszkiewicz scharf unterscheidet, im akuten Stadium vor sich: Depressionszustände, launische Reizbarkeit und innerliche Unruhe, welche bis zu Tobsuchtsanfällen ansteigen kann, bilden den Beginn der Geistesstörung; in den schweren Fällen mit schnellem Verlauf zeigen sich stürmische Erscheinungen, lebhafte Sinnestäuschungen unangenehmer, erschreckender Art, vage Wahnideen im Sinne des Verfolgungs- und Grössenwahnes, zeitweise Verwirrtheit und Verkennung der Umgebung. Das Fortschreiten des Schwachsinnes kommt am deutlichsten zum Ausdruck in der wachsenden Gleichgültigkeit und Interesselosigkeit des Kranken: „. . . das Schwinden der Depression . . . bedeutet zugleich den Eintritt desjenigen Zeitpunktes, wo das Individuum nicht mehr fähig ist, deprimiert zu sein.“ Nach einer Dauer von einem Jahr bis drei Monaten (in den schweren Fällen) geht die Krankheit aus dem akuten in das chronische Stadium über, in dem die Verblödung jahrelang auf einer Stufe bleiben kann. Daraszkiewicz zeigt aus seinen Beobachtungen, dass diese Stufe nicht — wie Hecker annahm — eine mittlere zu sein braucht, dass viel mehr alle Grade des Schwachsinns bei Hebephrenie erreicht werden, oft erst in Recidiven, den sogenannten Nachschüben, welche mit heftigen Erregungsanfällen in einer Dauer von mehreren Wochen bis Monaten das chronische Stadium unterbrechen und stets einen sichtlichen Fortschritt der Demenz hinterlassen. Er erblickt das Wesen der Verblödung in einer „Störung der Aufmerksamkeit bei relativ wohlerhaltenen übrigen psychischen Funktionen“ . . . .

Der Schwachsinn beruhe „nicht sowohl auf dem Mangel an Vorstellungen, als vielmehr auf dem Unvermögen, dieselben zu verwerten“. Daraus resultieren auch die schweren Defekte des Gefühlslebens, der gänzliche Mangel an echten Affekten, welche hauptsächlich dem zweiten Stadium seinen Charakter verleihen; die Kranken tragen eine heitere Gleichgültigkeit zur Schau .... „Das Lachen, Lächeln, Grimassenschneiden, Singen, darf nicht oder nur zum geringsten Teil auf Lustaffekte bezogen werden, es ist bloss eine beliebte Art motorischer Äusserung .... Wenn ein äusserer Reiz auf die (Kranken) ... wirkt, so geraten sie dadurch in eine gewisse Erregung, verspüren einen Drang zur Betätigung.“ Das blöde, unmotivierte Lachen bezeichnet er als eines der auffallendsten typischen Krankheitszeichen.

Indem Daraszkiewicz die hohen Grade der Verblödung dem von Hecker aufgestellten Krankheitsbilde hinzufügt, hebt er noch einige Symptome hervor, welche bei jenem nur leise angedeutet erscheinen: Die Stereotypien der Redeweise, der Körperhaltung und Bewegung, die an Mutacismus grenzende Schweigsamkeit mancher Kranker, ihre Schwerfälligkeit und Gehemmtheit in allen Handlungen (wobei er aber echten Mutacismus und Flexibilitas cerea ausdrücklich vom Krankheitsbilde ausschliesst). Dadurch, dass er alle diese Erscheinungen auf eine Grundursache — die „Störung der Aufmerksamkeit“ — zurückführt, bezüglich der anderen Geistesfunktionen — Gedächtnis, Orientierungsfähigkeit — die Meinung Heckers teilt, zeigt er den inneren Zusammenhang der äusserlich verschiedenen Krankheitsbilder.

Die Prognose bezeichnet der Verfasser als durchweg ungünstig, nur sei der Ausgang der Krankheit verschieden nach dem Grade der in ihrem Verlaufe erreichten Demenz; ein Individuum könne „eine akute psychische Erkrankung mit den charakteristischen Symptomen eines hebephrenischen

akuten Stadiums überstehen, ohne eine hochgradige chronische Schädigung der psychischen Kräfte nachzubehalten. Eine völlige Genesung scheint ausgeschlossen zu sein, es handelt sich um Heilungen mit Defekt". In ätiologischer Hinsicht äussert er, dass „alle Grade der Hebephrenie . . . bei hereditär belasteten Individuen oder bei solchen, die früher durch schwere Infektionskrankheiten geschädigt wurden", eintreten könnten. Einen direkten ätiologischen Zusammenhang der hebephrenischen Geistesstörung mit der Pupertätsentwicklung vermochte er nicht festzustellen; ihr Auftreten sei „nicht so strikte an ein bestimmtes Alter gebunden, wie es bei regelmässigem Vorhandensein einer direkten ätiologischen Beziehung zu erwarten wäre, dafür aber auch andersartige Psychosen nicht nur während der Pubertät vorkommen, sondern wohl auch durch dieselben veranlasst werden können". Das Alter, in welchem der Ausbruch der Geistesstörung erfolgte, lag in der Mehrzahl der Beobachtungen zwischen dem 17. und 24. Lebensjahre, in einem Falle war es das 30., in zwei das 14. resp. 12. Lebensjahr. Die Zahl des Vorkommens betrug 17 Fälle unter 1000 neu aufgenommenen Kranken. Im allgemeinen fasste Daraszkiewicz die Hebephrenie als eine selbständige, in sich abgeschlossene Krankheitsform auf.

Eine weitere bedeutende Umwandlung erhielt dieser Krankheitsbegriff noch durch Kräpelin, in dessen „Lehrbuch der Psychiatrie", VI. Auflage, 1899. Kräpelin, dessen Schüler Daraszkiewicz war, erweiterte das Krankheitsbild der Hebephrenie; durch die Zusammenstellung von Hebephrenie mit Katatonie und paranoïder Demenz unter der gemeinsamen Krankheitsform „Dementia praecox" brachte er eine Reihe wesentlicher, von den früheren Autoren nicht betonter Momente. Die einzelnen Verblödungssymptome, die „Stereotypien", das automatenhafte Gebaren mancher Kranker, die Echopraxie etc., von Daraszkiewicz als individuelle, das

Wesen der Krankheit nicht berührende Erscheinungen betrachtet, erscheinen bei Kräpelin als die folgerichtigen Zeichen von Störungen bestimmter Geistesfunktionen. Von diesen Störungen wird nicht allein die der „Aufmerksamkeit“ als innere Ursache der Demenz angenommen, sondern namentlich die der Willenssphäre, ferner die Defekte des Gefühlslebens werden als allgemeine Symptome der Dementia praecox und damit auch der Hebephrenie dargelegt. Aus der Unterordnung der Hebephrenie und Katatonie unter einen gemeinsamen Gesichtspunkt erklärt sich, wie Krankheitserscheinungen der einen Form sporadisch auch bei der anderen auftreten und schwer zu unterscheidende Übergangsformen zwischen beiden vorkommen können. Die Bedeutung der Hebephrenie als selbständiges Krankheitsbild wird dadurch bedeutend herabgesetzt. Das eigentliche Wesen dieser geistigen Störung, worüber sich Daraszkiewicz und Hecker nicht äusserten, erblickt Kräpelin mit Wahrscheinlichkeit in einer „teilweisen Schädigung der Gehirnrindenzellen, hervorgerufen durch chemische Schädlichkeiten, . . . welche in irgend einem näheren oder entfernteren Zusammenhang mit den Vorgängen des Geschlechtslebens stehen“.

Auf eine genauere Darstellung der Kräpelin'schen Anschauungen braucht hier nicht näher eingegangen zu werden, nimmt doch gegenwärtig die Lehre von der Dementia praecox, welche die Hebephrenie einschliesst, eine hervorragende Stelle in der Psychiatrie ein und ist allgemein verbreitet und bekannt. Es sollte nur versucht werden, die wichtigsten Beobachtungen, welche in den drei Hauptmomenten des Entwicklungsganges der genannten Krankheitsform gemacht wurden, zu skizzieren, um einen Vergleich zu gewinnen mit den in der Irrenanstalt Gabersee beobachteten Fällen.

Die im folgenden beschriebenen Fälle von Hebephrenie

wurden dem Krankenmaterial der oberbayerischen Kreis-Irrenanstalt Gabersee vom November 1883 bis Juli 1902, einer Anzahl von ca. 2000 Krankengeschichten, entnommen. Zu ihrer Beurteilung ist es notwendig, vorher einiges über die äusseren Verhältnisse dieser Anstalt zu sagen. Es finden hier Kranke aus allen Teilen Oberbayerns, mit Ausnahme Münchens, Aufnahme, aber nur für eine, die dritte Verpflegungsklasse; diejenigen, welche erste oder zweite Verpflegungsklasse beanspruchen, werden der Kreis-Irrenanstalt München überwiesen. Daher besteht die überwiegende Mehrheit der hiesigen Kranken aus Leuten der arbeitenden Klasse der Bevölkerung, aus Dienstboten, Tagelöhnern, Handwerkern, Gütlern etc. Dieselben haben meist die einfache Schulbildung genossen und sind in einfachen Verhältnissen aufgewachsen. Daraus resultiert die grosse Einförmigkeit unter den vorliegenden Krankheitsbildern, so wie sie auch Daraszkiewicz unter denselben Bedingungen beobachtet hat, der Mangel an so farbenreichen Einzelnheiten, wie er die Hecker'schen Fälle auszeichnet. Ein weiterer, wichtiger Umstand, der Gabersee von den meisten Irrenanstalten unterscheidet, ist die hier allgemein durchgeführte freie Behandlungsmethode der Geisteskranken, wobei dem Kranken bei grösstmöglicher persönlicher Freiheit Gelegenheit geboten wird, eine Beschäftigung resp. Arbeit zu betreiben, welche seiner früheren Berufstätigkeit gleich oder ähnlich ist. Auf die Disziplinierbarkeit, das körperliche Befinden, den Verlauf der Geistesstörung selbst ist das von grösstem Einfluss, wie später noch näher beschrieben werden soll. Die Auswahl der Beschäftigung wird sehr erleichtert dadurch, dass, wie erwähnt, die Patienten fast ausnahmslos vor ihrer Aufnahme von der Arbeit ihrer Hände lebten, und daher in dem ausgedehnten Ökonomiebetrieb der Anstalt, im Garten, in der Küche, den Stallungen etc., eine entsprechende, den Geist nicht anstrengende Tätigkeit finden.

Noch ein Punkt verdient hier Erwähnung, der ebenfalls mit den Lebensverhältnissen der Patienten zusammenhängt und der gerade bei den jugendlichen Verblödungsprozessen von Wichtigkeit ist: das ist das vorgeschrittene Stadium der Geistesstörung, welches bei Neuaufgenommenen zu beobachten ist in einem Grad und in einer Häufigkeit, wie es bei Kranken besserer Stände nicht vorkommt. Die Ursache hiervon ist einerseits die Menge von Vorurteilen, welche unter den weniger Gebildeten gegen die Irrenanstalten bestehen, anderseits die Gleichgültigkeit der Angehörigen, welche die Erscheinungen der beginnenden Geistesstörung nicht beachten oder, wie es namentlich auf dem Lande geschieht, erst dann einen Arzt zu Rate ziehen, wenn der Kranke zu keiner Art von Arbeit mehr zu verwenden ist. Die ausserordentlich ungünstige Prognose, welche die folgenden Fälle zeigen, mag hierin eine teilweise Erklärung finden, ebenso die Unvollständigkeit mancher Anamnese, welche auf den Angaben der Angehörigen beruht. Deshalb bietet auch das Alter des Patienten bei der ersten Aufnahme in die Anstalt keinen sicheren Anhaltspunkt für die Zeit des Ausbruches der Geistesstörung; dieselbe liegt manchmal drei und noch mehr Jahre zurück. In vorliegender Arbeit wurde bei der Auswahl der Fälle von Hebephrenie das Alter bis zum 30. Lebensjahre als obere Grenze festgesetzt. Die Reihenfolge wurde in der Weise geordnet, dass zuerst diejenigen Krankengeschichten angeführt werden, welche mit denen von Hecker relativ die meiste Ähnlichkeit aufweisen, hernach diejenigen, welche den „schweren Fällen“ von Daraszkiewicz entsprechen; dann folgen solche, welche neben den typischen Merkmalen der Hebephrenie einzelne Symptome der Katatonie aufweisen und deshalb besser unter dem umfassenderen Gesichtspunkte der Dementia praecox Kräpelins zu beurteilen sind; endlich sollen noch einige Fälle besprochen

werden, bei denen sich eine hebephrenische Geistesstörung auf dem Boden nachweisbarer Imbecillität entwickelte.

II.

1. M., Schneiderlehrling, mit 17 Jahren in die Irrenanstalt aufgenommen 1. IX. 93. Bezüglich hereditärer Belastung wird angegeben, dass der Urgrossvater (väterlicherseits) längere Zeit geistesgestört gewesen sei; die Eltern und sieben lebende Geschwister des Patienten sind angeblich gesund, von anderen Familienmitgliedern ist ebenfalls nichts auf Geisteskrankheit bezügliches bekannt.

Patient selbst soll in seiner Jugend gut begabt, aber stets ein „schwächliches und nervöses Kind“ gewesen sein. Er genoss die gewöhnliche Schulbildung, soll sehr gute Fortschritte gemacht haben. Später erlernte er das Schneiderhandwerk und arbeitete zur Zufriedenheit seines Meisters. Von körperlichen Krankheiten soll er als Kind die Masern, im Alter von 14 Jahren Influenza gehabt haben.

Die letztere Erkrankung habe (nach dem ärztlichen Einweisungszeugnis) den Anlass zum Ausbruch der Geistesstörung gegeben; im Anschluss an die Influenza seien Depressionszustände aufgetreten, der Kranke wurde ängstlich, äusserte vage Verfolgungswahnideen; allmählich stellte sich grössere Erregung ein, schliesslich Gewalttätigkeiten gegen seine Angehörigen, welche die Aufnahme in die Irrenanstalt veranlassten.

Die Untersuchung daselbst ergab, dass der Kranke körperlich schwächlich, in der Entwicklung zurückgeblieben war, aber ohne Missbildungen und Degenerationssymptome („stigmata hereditatis“); die Körpergrösse unter Mittel, der Habitus gracil, die Genitalien kindlich, ohne Schamhaare. Der Depressionszustand war geschwunden und hatte einer heiteren Stimmung Platz gemacht, welche allerdings gewisse Schwankungen zeigte, je nachdem der Kranke erregter oder ruhiger war. Ein solcher Wechsel kam häufig, oft mehrmals an einem Tage, vor, bald ohne äusseren Anlass, bald infolge einer Aufregung durch Widerspruch, Streitigkeiten mit anderen Kranken etc. Eigentliche, tiefere Gemütsbewegungen wurden nicht beobachtet; er äusserte kein Verlangen nach seinen Angehörigen, kümmerte sich nicht um seinen Aufenthalt in der Irrenanstalt und sein sonstiges Schicksal, nahm kein Interesse an den Vorgängen in seiner Umgebung. „Oft deklamierte, lachte und schrie er unmotiviert, wurde dann ebenso schnell wieder ruhig und arbeitete dann ziemlich fleissig.“ Auf Fragen antwortete er prompt, „zeigte ein gutes Erinnerungsvermögen“. Die Orientierungsfähigkeit war bezüglich Zeit und Ort ungestört, bezüglich der Personen aber eigentümlich wechselnd getrübt: er nannte den Arzt einmal „Assessor“, dann hielt er ihn für einen Geistlichen, die Pfleger bald für Gensdarmen, bald für Mönche. In der ersten Zeit seines Anstaltsaufenthaltes äusserte er Wahnideen, welche zum

Teil von gehobenem Selbstgefühl, zum Teil von Beeinträchtigungswahn zeugten: . . . vom Himmel seien Strahlen auf ihn heruntergestiegen und hätten ihn mit der Kraft Gottes gestärkt; . . böse Geister seien erschienen, hätten ihn kreuzigen und an die Lutherischen und Juden verkaufen wollen. Sinnestäuschungen stellte er in Abrede während dieser Zeit, erzählte aber, dass er vor seiner Aufnahme viele Stimmen gehört habe, drohende und beschimpfende, dass er nachts Teufel an seinem Bette gesehen habe, „Teufelsgeruch" empfunden u. s. w. Alle diese Ereignisse erzählte der Kranke gleichgültig, er brachte die Wahnideen nie mit seiner Umgebung in Zusammenhang und gab sie nach wenigen Wochen der Anstaltsbehandlung auf. Nach drei Monaten wurde er gebessert entlassen: namentlich der Ernährungszustand hatte bedeutend zugenommen, der Kranke war „dick und stark" geworden, in seinem Verhalten war er ruhig und lenksam, arbeitete fleissig.

Vier Monate hernach wurde er wieder der Anstalt zugeführt unter denselben Erscheinungen wie das erstemal: nachdem er anfangs in seiner Heimat ruhig und arbeitsam gewesen war, hatte sich allmählich wieder die Depression der Stimmung und die Ängstlichkeit eingestellt, endlich die Gewalttätigkeiten gegen die Angehörigen. In der Anstalt war der Kranke nur noch einige Tage lang ängstlich, drängte zu den Türen hinaus und benahm sich widerstrebend gegen alle Anforderungen, die an ihn gestellt wurden, verweigerte z. B. teilweise die Nahrungsaufnahme, gab keine Antwort auf Befragen. Dann trat schnell wieder die heitere Gleichgültigkeit und das gehobene Selbstgefühl hervor, das er das erstemal gezeigt hatte — nur in etwas höherem Grade. Er benahm sich gegen andere Kranke wegwerfend, äusserte Grössenwahnideen, so z. B.: er sei ein Königssohn. Diese gab er wieder schnell auf — schon nach einigen Wochen; dafür bildete sich mehr und mehr ein kindisches, läppisches Betragen aus: „ . . . Patient zeigt sich vielfach recht ausgelassen, neckt andere Kranke, nimmt ihnen allerlei Dinge aus den Taschen . . . musste aus dem Gottesdienst nach Hause gebracht werden, weil er sich einfallen liess, mit dem Geistlichen zu singen." Die Orientierungsfähigkeit, das Gedächtnis waren dabei nicht merkbar gestört, in seinen Reden zeigte sich keine Spur von Verwirrtheit, nur bewegte sich sein Gedankengang beständig in demselben kleinen Gesichtskreise: er wollte „nur spazieren gehen, rauchen, Bier trinken und mit Frauenzimmern verkehren" — also nur in den vegetativen Lebensbetätigungen. Allmählich liess er sich aber doch dazu herbei, an der Beschäftigung teilzunehmen, und vier Monate nach der zweiten Aufnahme war er ein ruhiger und ziemlich fleissiger Kranker. Er wurde wieder nach Hause entlassen und erst nach drei Jahren wieder aufgenommen. Bei dieser dritten Aufnahme wird der jetzt 21jährige Kranke bereits als „recht schwachsinnig" bezeichnet. Diesesmal war keine Depression der Gemütsstimmung mehr aufgetreten, die Verschlimmerung hatte sich allmählich eingestellt; schon seit längerer Zeit hatte er zu Hause nicht mehr gearbeitet, nur in Gast-

häusern und mit Frauenzimmern sich umhergetrieben, nachts wenig geschlafen. In der Anstalt zeigte er ein höchst apathisches, indifferentes Verhalten: „ . . . sitzt oder liegt in der Abteilung, gewöhnlich die Hände in den Hosentaschen vergraben, herum;“ . . . „geht ganz auf in der Befriedigung materieller Bedürfnisse;“ „zufrieden und unbesorgt um seine Zukunft; erkundigt sich nur äusserst selten um seine Entlassung.“ „Bei der Arbeit wenig fleissig, schwachsinnig, unselbständig, haltlos. Sieht blühend aus.“ Nach zehnmonatlicher Behandlung wieder entlassen, oder vielmehr von seinen Angehörigen nach Hause genommen, fand die vierte Aufnahme in die Anstalt statt nach dreiviertel Jahren im August 1899. Er hatte „unsinnige Einkäufe gemacht, bei den Nachbarn Grummet abgemäht, in der Holzremise des elterlichen Anwesens zwei Schachteln schwedischer Zündhölzer angebrannt, „weil's so schön gekracht hat“, auf Vorhalt seines Vaters denselben heftig „geschimpft“ u. s. w. Sein Geisteszustand gab seit dieser vierten Aufnahme zu wenig Aufzeichnungen mehr Anlass; er „verhält sich ruhig, steht apathisch herum, lächelt zufrieden“. Im allgemeinen wird er als „sehr schwachsinnig“ geschildert, „fast ohne Interesse für seine Angehörigen“; die Stimmung ist meist eine heitere, „ab und zu schimpft er unmotiviert auf den Arzt ein“. Der Ernährungszustand, das körperliche Befinden überhaupt war stets günstig. Seine Arbeitslust wird öfter als eine „sehr geringe“ bezeichnet, doch konnte er die meiste Zeit zu den rein mechanischen Beschäftigungen (z. B. Holzsägen) herangezogen werden.

Ein Brief, den der Kranke kurz nach seiner letzten Aufnahme schrieb, lautet folgendermassen:

> Teuerste Mutter! Danke für die Wünsche des vergangenen Namenstag; wurde ganz überrascht, als ich die Karte von Ludwig bekommen habe. Schicke mir den Überzieher und paar Mark, dann gehe ich zu Fuss bis M. und dort könnt Ihr meiner erwarten. Habe immer grossen Durst, aber wenig Arbeitsfreude, Rauchen und Schnupfen würde mir auch taugen und am liebsten doch ist mirs schlafen; Ich trage mein Schicksal gerne mit Erfolg, aber dass, was mich verdrossen macht, ist das ich so wenig Mitgefühl von Euch zu hoffen habe, würde ich von Slavagengesellschaft, nicht so schnell, gebärtet worden sein dann wäre ich dahin, wo es dem gescheiten Bürgermeister B. das zwölffache kostete. Beschliesse mein schreibendes Geschwätze auf ein Wiedersehen zu N. im kolten Fisther. Dein aufrichtiger Sohn M.

Im allgemeinen erscheint dieser Brief wenig typisch, aber leicht angedeutet finden sich darin doch mehrere Anzeichen des hebephrenischen Schwachsinns; so der cynische Egoismus, die gerade in diesem Falle höchst ungerechtfertigten Vorwürfe gegen seine Angehörigen (welche stets nach Kräften für ihn sorgten), ferner das Einflechten unsinniger Ausdrücke in den sonst klaren Gedankengang. Am bedeutungsvollsten ist wohl der relativ günstige Allgemeineindruck, den der ganze Brief in Gedankengang und

Schreibweise hervorruft, der erhebliche Rest von Schulkenntnissen, der sichtlich noch vorhanden ist, zu einer Zeit, wo das gesamte Krankheitsbild bereits einen beträchtlichen Schwachsinn erkennen lässt.

Der Krankheitsverlauf zeigt zwei verschiedene Stadien, zwar nicht sehr deutlich, doch erkennbar: das Anfangsstadium mit Gemütsdepression, Spuren von Beeinträchtigungswahn, zunehmender Erregung, welche sich bis zu Gewaltätigkeiten steigert — ein veränderliches Bild mit beständigem Wachsen der Geistesstörung; darauf das zweite Stadium mit vorherrschender Demenz, welche durch einen Nachschub, in welchem die Anfangssymptome sich wiederholen, deutlicher ausgeprägt und weiterhin durch eine von aussen kommende Schädigung, das Aufhören der Anstaltsbehandlung, stufenweise verstärkt wird. Diese periodenweise auftretenden Verschlimmerungen ausgenommen, ist jetzt die Krankheit stabil, der zuletzt erreichte Grad von Schwachsinn ist ein mittlerer, die Schnelligkeit seiner Entwicklung eine mässige. Der Beginn der Erkrankung fällt in die Zeit der Pubertätsentwicklung — 14. oder 15. Lebensjahr — und wird durch eine Gelegenheitsursache veranlasst. An typisch hebephrenischen Einzelsymptomen ist der Verlauf wenig reich; die heitere Sorglosigkeit und Affektlosigkeit (des zweiten Stadiums), der Mangel an Interesse für das Nächstliegende, die Gleichförmigkeit und Enge des Ideenkreises sind es besonders, welche den Unterschied gegen Manie hervorheben, an die das Krankheitsbild äusserlich erinnerte, solange der Schwachsinn noch nicht in die Augen fiel.

2. M., im Alter von 20 Jahren in die Irrenanstalt aufgenommen IX. 1890.

Hereditäre Belastung ist vorhanden: Der Vater war Potator, die Mutter wird als eine „leichtfertige Person“ bezeichnet. Von anderen Familienmitgliedern ist nichts auf Geistesstörung bezügliches bekannt.

Patient ist ein uneheliches Kind. In seiner Jugend soll er geistig und körperlich normal entwickelt, in der Schule durch nichts von gleichalterigen Kameraden verschieden gewesen sein. Aber bald nach dem Verlassen der Volksschule, also ungefähr im 14. oder 15. Lebensjahr sei er „tiefsinnig geworden, habe sich von anderen abgesondert, Hang zur Schwermut gezeigt“. Er „sinnierte“, „zeigte zur Feldarbeit weder Lust noch Geschick“. Zum Ausbruch schwerer Symptome geistiger Störung kam es erst im Juli 1890, und zwar angeblich im Anschlusse an eine körperliche Erkrankung, Influenza: der Kranke habe angefangen, verwirrtes, läppisches Zeug zu reden: „„er wird Ochsen fangen, schlachten, das Fleisch unter die Leute verteilen;““ er ist ein Königssohn, er wird vom König viel Geld bekommen etc. Dabei habe er ein „unstetes Benehmen“ gezeigt, sei im Zimmer auf und ab gelaufen; über alles und jedes habe er gelacht.

Bei der Aufnahme in die Anstalt dauerte die heitere Stimmung fort, obwohl der Kranke glaubte in einem Gefängnis zu sein; die Untersuchung ergab kräftigen regelmässigen Körperbau, keine organische Erkrankung.

Fragen über seine Vergangenheit beantwortete er richtig; Lesen, Schreiben und Rechnen waren seinem Bildungsgrade gemäss. Die Orientierungsfähigkeit bezüglich Zeit, Ort und Personen war im wesentlichen ungetrübt, nur gab der Kranke im Scherz bisweilen unrichtige Antworten (wie z. B. oben: dass er in einem Gefängnis sei). Wahnideen, welche von gehobenem Selbstbewusstsein zeugten, wurden in den ersten Tagen seines Anstaltsaufenthaltes geäussert: er sprach viel von Feinden, welche er überwunden, überlistet habe; „seit zwölf Jahren werde ihm von seinen Landsleuten Übles nachgeredet, jetzt habe er sie in den April geschickt, und sie getrauten sich nicht mehr, ihn zu belästigen.“ Nach einigen Wochen verschwanden diese Ideen völlig. Krankheitseinsicht und -Bewusstsein fehlten. Sinnestäuschungen stellte er auf wiederholtes Befragen entschieden in Abrede.

Der Kranke beteiligte sich bald an der regelmässigen Arbeit, war fleissig und brauchbar; seine Gemütsstimmung blieb stets heiter, „immer zu Scherz aufgelegt“. Er äusserte kein Verlangen nach Hause zurückzukehren, keine Sorge bezüglich seiner Zukunft, schien „alles von der leichten Seite aufzufassen“. So blieb der Zustand unverändert etwa 1½ Jahre lang. Im Jahre 1892 hatte Patient viel an hartnäckigen Zahn- und Ohrenschmerzen zu leiden, und von da an änderte sich allmählich das Krankheitsbild: der Kranke wurde verschlossen und apathisch; von 1893 an tritt ein Wechsel von unregelmässigen Perioden heiterer und mürrischer Gemütsstimmung auf; der Kranke „schimpft manchmal ganz unmotiviert auf den Arzt, später über die Ursache dieses Benehmens befragt, sagt er halb scherzhaft: er sei geisteskrank gewesen“. Der Stimmungswechsel ist sehr jäh, „oft lacht der Patient ohne sichtlichen Beweggrund blöde vor sich hin; wenn man sich ihm nähert, empfängt er einen recht freundlich und bricht dann plötzlich in gereiztem Tone ab“ . . . „An der Beschäftigung nimmt er regelmässig Teil, in der freien Zeit liegt er langgestreckt auf einer Bank des Wohnsaales und zwar regelmässig an dem nämlichen Platze. Nahrungsaufnahme in Ordnung.“ Von 1896 an werden stärkere Aufregungszustände erwähnt, welche ohne nachweisbare äussere Ursache auftreten und einige Tage dauern, so I. 96: „ . . . . sein Benehmen ist dem eines leicht Berauschten ähnlich: er lacht, schwätzt für sich in verwirrten Ausdrücken, taumelt.“ VII. 96. „ . ab und zu kommen Erregungen vor, in dem er schwätzt und lacht, Faxen macht.“ — VIII. 96. „. . beim Mittagessen geriet Patient ohne äussere Veranlassung in zornige Erregung, stiess die Gabel in die Tischplatte, brach sie ab und warf sie in den Abort. Die Erklärung war: dass man ihm keine Ruhe lasse.“ In der Zwischenzeit ist der Kranke stets heiter und gänzlich harmlos. 1898 wird bemerkt, dass er sich sehr in der Kleidung vernachlässige, dass er nie Interesse für seine Heimat und seine Angehörigen äussere. Der Zustand ist stabil bis XII. 1902, wo der Patient eine schwere körperliche Krankheit (Typhus abdominalis) durchzumachen hat. Seither „ist er so schwachsinnig, dass er sich nicht

mehr an den gewohnten Arbeiten beteiligen kann, sondern auf eine andere Abteilung mit strenger Beaufsichtigung versetzt werden muss.“ Das somatische Befinden ist zur Zeit ungesört, der Ernährungszustand ein guter.

In diesem Falle war anscheinend das erste Stadium bei der Aufnahme in die Anstalt schon zum grössten Teil abgelaufen; das Krankheitsbild im wesentlichen stabil; der Gegensatz zwischen den hier beobachteten Schwachsinnssymptomen — sorglose Heiterkeit, Gleichgültigkeit u. s. w. — und dem in der Anamnese geschilderten, jahrelangen „Hang zur Schwermut“, sowie die Äusserung des Patienten: „Zwölf Jahre lang sei er verfolgt worden, jetzt aber habe er gesiegt,“ weisen darauf hin, dass ein Zustand depressiven Charakters vorausgegangen ist, sowie ihn der Fall 1 aufweist. Mit diesem stimmen auch noch andere Punkte überein: Der frühe Beginn der Erkrankung infolge einer somatischen Gelegenheitsursache, der mittlere Grad, auf dem die Demenz lange Zeit stehen bleibt. Augenfällige Verschlimmerungen des Schwachsinns wurden in Fall 2 durch körperliche Erkrankungen hervorgerufen; ganz langsam fortschreitende Vertiefungen desselben waren innerhalb der ziemlich langen Beobachtungszeit — 13 Jahre — noch ausserdem zu konstatieren. An schönen Einzelsymptomen ist das Krankheitsbild arm — eine Folge der geringen geistigen Regsamkeit, wie sie Erziehung, Arbeit und Lebensweise des Kranken mit sich bringt.

3. W., Taglöhnerstochter, 21 jährig aufgenommen III. 1901.

Hereditäre Belastung ist nachweisbar: Die Grossmutter der Patientin (mütterlicherseits) soll 27 Jahre geisteskrank, davon zehn Jahre in einer Anstalt gewesen sein; ausserdem war eine Tante (mütterlicherseits) geistesgestört. Die Mutter zeigt (nach dem ärztlichen Einweisungszeugnis) „psychopathische Minderwertigkeit“. Von anderen Familienmitgliedern ist nichts auf Geisteskrankheit bezügliches bekannt.

Patientin selbst soll in ihrer Kindheit körperlich kräftig und gut entwickelt, stets gesund gewesen sein, in der Schule gut gelernt, auch im Betragen etc. gute Zeugnisse erhalten haben. Sie genoss die einfache Schulbildung und kam hernach als Dienstmagd zu einem Bauern, der sie angeblich schlecht behandelte und überanstrengte.

Die ersten Erscheinungen seien im Herbst 1899 aufgetreten; als Gelegenheitsursache wird die erwähnte schlechte Behandlung vonseiten des Dienstherrn bezeichnet. Die Kranke habe Verfolgungswahnideen, meist religiösen Inhalts, geäussert, sei stets tief deprimierter Gemütsstimmung gewesen: „. . . sie sei verdammt, ihre Seele sei verloren, ein unreiner Geist hause in ihr, sie müsse fort aus der Welt.“ Allmählich habe sich grosse Unruhe und wachsendes Angstgefühl eingestellt. Die Kranke habe sich Hände und Arme blutig gekratzt, zweimal Selbstmordversuch durch Erhängen gemacht, sei aus dem Fenster gesprungen, unbekleidet auf die

Strasse gelaufen; Nahrungsaufnahme und Schlaf seien die letzten vier Wochen vor der Aufnahme in die Anstalt unregelmässig und schliesslich ganz ungenügend gewesen.

Die Aufnahme in hiesige Anstalt fand statt anfangs März 1901; die Untersuchung ergab bezüglich des körperlichen Zustandes: „Kräftige, robust gebaute Person ohne Entwicklungshemmung oder Degenerationssymptome. Die Pupillen reagieren auf Lichteinfall, die Sehnenreflexe sind ein wenig gesteigert. Der Ernährungszustand hat offenbar in letzter Zeit gelitten.“ Der Geisteszustand entsprach im wesentlichen dem in der Anamnese geschilderten; die Gemütsstimmung war während der beiden ersten Monate deprimiert und ängstlich: „Die Patientin blickt scheu und ängstlich umher weint zeitweilig . . . . sie hält sich keinen Augenblick ruhig, bald fährt sie sich mit den Händen in die aufgelösten Haare, bald zwickt sie sich am Gesicht und an den Armen in die Haut, sie drängt zur Türe und rüttelt an derselben . . . bei Nacht ist sie schlaflos und unruhig, jammert viel und stöhnt.“ Diese motorische Unruhe und Ängstlichkeit wurde zum Teil auf Sinnestäuschungen zurückgeführt: „ . . . Kranke steht offenbar unter dem Einfluss von lebhaften Sinnestäuschungen, namentlich des Gehörsinnes, sie gibt häufig Antwort auf imaginäre Stimmen“. Auffassung und Orientierungsfähigkeit waren gestört: „ . . bei ihrer Ankunft war sie völlig verwirrt, sie erkannte ihren Vater nicht, sprach mit sich selbst in verworrenen Ausdrücken; . . . sie erscheint noch in Personalverkennung befangen“. Die Nahrungsaufnahme war „unregelmässig, manchmal reichlicher, dann einige Tage sehr mangelhaft“. Im Monat April nahm die Unruhe ab, während die Depression noch andauerte: „Die Kranke . . ist völlig schweigsam . . . gibt auf eindringliches Befragen keine Antwort, steht mit aufgelöstem Haar, scheu und ängstlich um sich blickend, herum. Muss zur Reinlichkeit angehalten werden. Stuhlgang träge, bedarf der Regelung durch Einläufe“. (Echte kataleptische Symptome kamen nicht zur Beachtung.) Von Ende Mai ab wurde die Depression sichtlich geringer: „Patientin gibt auf Befragen unter stillem Lächeln kurze, meist unverständliche Antworten. Von Juni an beginnt sie, an der Beschäftigung teilzunehmen. Die anfangs beobachtete Verwirrtheit nimmt ab; die Kranke „wird zugänglich, erkennt ihre Umgebung, redet nicht mehr so sinnloses Zeug“. Dagegen „lacht sie oft ohne jeden sichtlichen Grund;“ sie zeigt eine hochgradige Gleichgültigkeit für alles, was in ihrer Umgebung vor sich geht; für ihr eigenes Schicksal hat sie keine Sorge, äussert nie Sehnsucht nach Hause oder nach ihren Angehörigen. Manchmal kann sie sich sehr störrisch und eigensinnig benehmen: „ . . . setzt sich dann auf den Boden und lacht blödsinnig“. Mitte des Sommers wird sie heiter und gesprächig; nur zeitweise ist sie für einige Tage verstimmt und schweigsam, was „meist mit der Zeit der Menstruation zusammenfällt.“ Die Menstruation selbst ist ebenso wie das sonstige körperliche Befinden ungestört. Bis Dezember 1902 dieses Jahres

blieb der Zustand in dieser Weise unverändert bestehen — also ungefähr ein Jahr lang. Vom 10. XI.—5. XII. 1902 hatte Patientin eine schwere körperliche Krankheit durchzumachen (Typhus abdominalis). Der Geisteszustand wurde dadurch nicht wesentlich geändert, jedoch der Schwachsinn um einen Grad vertieft: die Kranke ist seither ganz gleichgültig und interesselos für alles, sie lebt in der geregelten Lebensweise gleichsam mechanisch dahin, geht zur Beschäftigung in die Waschküche, macht auf der Abteilung nicht die geringste Störung. Sie lächelt beständig blöde vor sich hin, hat auf Fragen oder irgend eine Anrede keine andere Antwort als dieses Lachen oder höchsens ein halblautes: „Ja!“ „Nein!“ Sie schreibt keine Briefe an ihre Angehörigen, verlangt nicht nach ihnen; von ihren früher erworbenen Kenntnissen betätigt sie keine mehr; nur für eines hat sie an freien Tagen anscheinend einiges Inteesse: das Zeichnen; sie fertigt plumpe, aber ein gewisses Geschick verratende Zeichnungen von Gebäuden und Personen, welchen sie eine Ähnlichkeit mit dem in ihrer Umgebung befindlichen zu geben sucht, an. Das somatische Befinden ist ungestört, das Aussehen blühend.

Hier sei gleich ein weiterer Fall angeschlossen, welcher mit dem eben beschriebenen grosse Ähnlichkeit bot, besonders dem äusseren Erscheinen nach, doch auch im Verlauf der Krankheit.

4. W., unverheiratete Bauerntochter, im 27. Lebensjahr in die Anstalt aufgenommen X. 1901.

Hereditäre Belastung ist nachweisbar: der Vater soll Potator gewesen im 59. Lebensjahr an „Gelbsucht“ gestorben sein; die Mutter, angeblich geistig gesund, sei 61 Jahre alt an „Herzschlag“ gestorben; eine Schwester der Mutter war gemütsleidend. Eine jüngere Schwester der Patientin starb im Alter von 15 Jahren an Wassersucht.

Bezüglich der Patientin selbst wird (im ärztlichen Einweisungszeugnis) angegeben, dass sie in ihrer Jugend geistig und körperlich gesund gewesen sei. Später übernahm sie eine Stellung als Dienstmädchen in München. Im März 1901 zeigten sich die ersten Anzeichen einer geistigen Störung; infolge einer starken Gemütsbewegung, über deren Natur nichts Näheres zu erfahren ist, veränderte sich ihr ganzes Benehmen, sie verliess ohne Kündigung, und obwohl sie sich in ihrer Stellung ganz wohl gefühlt hatte, ihren Dienst, trieb sich mehrere Tage in München herum und ging dann in ihre Heimat, wo sie von ihren Angehörigen in das dortige Krankenhaus verbracht wurde (Mitte April 1901). Die Untersuchung daselbst ergab: „Normal entwickeltes Mädchen von guter Ernährung. Der Blick ist ängstlich, die Sprache langsam, das Schlafbedürfnis vermindert, ebenso die Esslust. Tagelang wird die Nahrung überhaupt zurückgewiesen, dann aber wieder angenommen. Vermehrtes Bedürfnis zu beten wird beobachtet.

Patientin bittet um Arbeit und Beschäftigung. Sowie ihr aber solche gegegeben wird, hört der Tätigkeitstrieb auf und die Arbeit bleibt ungeschehen. Menses stellten sich einmal ein; das Benehmen während derselben war wie sonst.“ Nach dreiwöchentlichem Aufenthalt im Krankenhause wurde die Kranke von ihren Angehörigen ungeheilt nach Hause genommen und blieb daselbst bis zu ihrer Aufnahme in die hiesige Anstalt. Ihr Geisteszustand blieb im wesentlichen derselbe, wie er im Krankenhause beobachtet worden war. Es wird nur noch angegeben, dass „Vorstellung und Wahrnehmung sachlich intakt, doch verlangsamt“ gewesen seien; ausserdem, dass „die Menses seit Frühjahr (1901) nicht mehr aufgetreten“ wären. Die Krankheit wurde als Melancholie geringen Grades bezeichnet.

Auch bei ihrer Aufnahme in die hiesige Anstalt (im Oktober 1901) ergab die Untersuchung ein mit dem im vorausgehenden Gesagten übereinstimmendes Krankheitsbild; die Kranke war ängstlich, niedergeschlagen, sie gab auf Befragen langsam und zögernd, oft überhaupt keine Antwort, seufzte ängstlich auf, wenn man stärker in sie drang. Ihre Haltung war schlaff, der Gang und die sonstigen Bewegungen sehr langsam und zögernd. Die Nahrungsaufnahme geschah erst auf langes Zureden hin; der Schlaf nachts war gering. Störungen der Orientierungsfähigkeit, Sinnestäuschungen wurden nicht beobachtet. Krankheitserscheinungen vonseiten des Nervensystems und der inneren Organe waren nicht nachweisbar; Sehnenreflexe, Pupillenreaktion zeigten nichts Besonderes.

Der Geisteszustand blieb in dieser Weise zwei Monate lang unverändert; von Ende November an stellten sich Schwankungen der Gemütsstimmung ein: die Kranke war manchmal heiter, zum Singen und Plaudern aufgelegt, versank aber nach einem halben Tag etwa wieder in ihr früheres Schweigen. Doch fing sie an, regelmässig an der Beschäftigung teilzunehmen, wobei ihr Fleiss mit ihrer Gemütsstimmung zusammenhängend wechselte. Mehr und mehr nahmen von Mitte Dezember an die positiven Erscheinungen der Depression ab, wenn auch die Kranke wortkarg und verschlossen blieb. Der Gesichtsausdruck wurde freundlicher, die Bewegungen lebhafter, Nahrungsaufnahme und Schlaf wurden regelmässig. Häufig äusserte sie den Pflegerinnen gegenüber den Wunsch nach Hause zu kommen. Von Januar bis April 1902 war die Patientin ziemlich fleissig beschäftigt in der Küche; die Gemütsstimmung war meist ruhig, anscheinend gleichgültig; auf Befragen gab sie kurze, logische Antworten. Auffassungsfähigkeit und Gedächtnis zeigten keine nachweisbare Störung. Schweigsam blieb Patientin immer; bei der Visite des Referenten folgte sie demselben auf Schritt und Tritt, wortlos und bei Anrede lächelnd. Den Mitkranken und dem Pflegepersonal gegenüber war sie weniger verschlossen. In Zwischenräumen von ungefähr einem Monat stellten sich kurzdauernde Zustände von Verstimmung ein, in denen die Kranke finster, untätig, mit übereinander geschlagenen Armen, wortlos gegen jedermann in

einer Ecke sass. (Vielleicht im Zusammenhang mit den Menses, welche sich bisher noch nie eingestellt hatten.) Seit Ende April, Anfang Mai machte der Geisteszustand der Patientin den Eindruck eines vollständig stabilen Prozesses: die Schwankungen der Gemütsstimmung sistierten; nie zeigte Patientin einen Affekt. „Bei einem Besuch ihrer Angehörigen war sie ein wenig lebhafter als sonst, aber sie äusserte keine besondere Freude, erkundigte sich nach niemand, war beim Abschied nicht betrübt. Zahlreiche Bemühungen vonseiten der Ärzte und Pflegerinnen, Patientin möchte doch einmal einen Brief nach Hause schreiben, blieben nutzlos; alle diesbezüglichen Anreden, wie überhaupt alle Worte, die man an sie richtet, beantwortet sie mit einem nichtssagenden Lächeln, Kopfnicken, selten mit einem unverständlich gemurmelten Ausdruck. Nie ist Patientin erregt; sie beschäftigt sich tagsüber mechanisch in der Waschküche, die übrige Zeit sitzt oder steht sie untätig auf ein und demselben Fleck. Dabei ist der Gesichtsausdruck nicht unintelligent; sie sieht den Fragenden an, reagiert auf die Anrede in ihrer Weise. Nie waren Erscheinungen von Stupor zu beobachten, ebensowenig Sinnestäuschungen und Wahnideen. Das Aussehen der Patientin ist blühend, die vegetativen Funktionen des Körpers ungestört.“ Im November dieses Jahres wurde die Kranke unveränderten Geisteszustandes nach Hause abgeholt. Einige Monate vor ihrer Entlassung hatten sich die Menses wieder eingestellt, ohne jeden sichtlichen Einfluss auf das geistige Befinden.

Bei den Fällen 3 und 4 gelangte das erste Stadium der Geistesstörung zur genaueren Beobachtung, während von positiven Symptomen des zweiten Stadiums nur das Stehenbleiben des Schwachsinns auf einer mittleren Stufe und dessen allgemeinere Erscheinungen, die gleichgültige heitere Stimmung, die mechanische, einförmige Handlungsweise, als charakteristisch für diese Gruppe hebephrenischer Erkrankung anzuführen sind. In beiden Fällen liess sich Imbecillität und Idiotie ausschliessen, beide Male war psychische Alteration die Gelegenheitsursache zur Auslösung der geistigen Störung, bei der ersteren Patientin im 19., bei der letzteren im 26. Lebensjahr — trotz der Verschiedenheit des Alters unter fast genau übereinstimmenden Erscheinungen von Depression. Die Menstruation stand in gewissem Zusammenhang mit der Psychose: bei Fall 3 grössere Erregung zur Zeit der Menses, bei Fall 4 Sistierung derselben während des grössten Teiles des akuten Stadiums.

5. W., lediges Dienstmädchen, im 15. Lebensjahr, in Gabersee aufgenommen am 6. III. 1902.

Bezüglich hereditärer Belastung ist nichts zu erfahren. Die Kranke ist ausserehelich geboren. Sie genoss die gewöhnliche Schulbildung, soll eine mässige Begabung gezeigt haben. Von schwereren Erkrankungen im

Kindesalter ist nichts bekannt. Sogleich nach dem Verlassen der Schule kam sie in Dienst, soll oft die Stelle gewechselt haben. Ihrem Charakter nach wurde sie von ihrer Mutter als arbeitsscheu, naschhaft und lügenhaft bezeichnet (wovon übrigens während ihres sechsmonatlichen Aufenthaltes in hiesiger Anstalt keine Spur zu bemerken war). Die ersten Erscheinungen von Geistesstörungen sollen bereits im Sommer des Jahres 1900 (also im 13. Lebensjahr der Patientin) aufgetreten sein, angeblich ohne sichtliche Ursache: die Patientin habe damals eine ängstliche, gedrückte Gemütsstimmung gezeigt, in verwirrter Weise Verfolgungswahnideen und Anzeichen von Sinnestäuschungen geäussert, von Männern gesprochen, welche sie verfolgten und umbringen wollten. Nach einigen Wochen verschwand angeblich dieser Zustand und erneuerte sich in derselben Weise das Jahr darauf, ebenfalls nur einige Wochen andauernd. Im Herbst dieses Jahres habe sich eine schwere „Influenza“ eingestellt, an der sie über einen Monat krank gelegen sei. Ohne nachweisbaren Zusammenhang damit traten dann im Februar 1902 schwere und andauernde Symptome geistiger Störung auf, welche die Einweisung der Patientin in ein Krankenhaus und von dort in die Irrenanstalt verursachten.

Bei der Aufnahme zeigte sie einen traurigen und ängstlichen Gesichtsausdruck, stark deprimierte Gemütsstimmung; sie gab auf Befragen mit leiser Stimme erst nach längerem Zögern Antwort, erwies sich dabei als völlig orientiert bezüglich Zeit, Ort und Personen ihrer Umgebung, redete aber mitunter ganz zusammenhangloses Zeug, z. B. auf die Frage nach dem Zeitpunkt ihrer Aufnahme: „Der Mensch muss überlegen, bevor er denkt.“ Sich selbst überlassen, sprach sie oft halblaut abgerissene Sätze vor sich, stiess einzelne Worte plötzlich laut heraus; der meist traurige Gesichtsausdruck wich zeitweise einem blöden, unmotivierten Lächeln, das apathische Hinbrüten heftigem Gestikulieren und Grimassenschneiden. Ihre ganze Handlungsweise trug das Gepräge leichter motorischer Hemmung, welche durch heftige, manierierte oder automatische Bewegungen unterbrochen wurden: stundenlange stand oder sass sie in der erwähnten Weise, vor sich hinmurmelnd, auf ein und demselben Platze, um dann plötzlich aufzuspringen und längere Zeit in einer bestimmten Richtung im Saal auf und ab zugehen. In ihren Gestikulationen wiederholte sie beständig gewisse Bewegungen; so fasste sie z. B. mit beiden Händen an den Hinterkopf und wischte dann an ihren Kleidern herunter. Für die Vorgänge in ihrer Umgebung zeigte sie kein Interesse, sie verlangte nicht nach Hause, fragte nie nach ihren Angehörigen. Wahnideen äusserte sie seit ihrer Aufnahme in das Krankenhaus nicht mehr, auch Sinnestäuschungen waren nicht direkt nachweisbar.

Die körperliche Untersuchung ergab an den inneren Organen keine nachweisbare pathologische Veränderung. Die Pupillen reagierten auf Lichteinfall und Konvergenz. Die Schnenreflexe und Periostreflexe waren auslösbar,

der Patellarreflex gesteigert. Die Zunge wurde ohne Zittern und gerade vorgestreckt, wies keine Spur von Bissnarben auf. Der Ernährungszustand, bei der Aufnahme mässig, besserte sich schnell; die Nahrungsaufnahme geschah stets mit Appetit und in regelmässiger Weise. Stuhlgang und Harn waren ohne Besonderheit. Die Menses traten noch nicht auf. Die Patientin war von kleinem Wuchse, in der Entwicklung vielleicht etwas zurückgeblieben, aber ohne Spur von Missbildungen oder Degenerationssymptomen.

Der geschilderte Geisteszustand hielt ungefähr drei Wochen an; dann verschwanden mehr und mehr die auffallenden Sonderbarkeiten der Handlungsweise; die Kranke wurde ganz still und teilnahmslos, aber in ihren Antworten klarer und logischer. Die Stimmung war noch immer gedrückt, das Grimassieren und Gestikulieren wurde nicht mehr beobachtet. Anfang April gelang es, die Kranke zu einfachen Hausarbeiten heranzuziehen; von da besserte sich der Zustand rasch, die Patientin wurde heiterer und lebhafter, sie redete jetzt mit anderen Kranken, begrüsste den Arzt bei der Visite, fügte sich ohne Schwierigkeit in die Hausordnung. Nach kaum 14 Tagen waren alle Erscheinungen von Geistesstörung verschwunden; die Kranke beschäftigte sich tagsüber fleissig mit Hausarbeit oder mit Lesen, war ruhiger, heiterer Stimmung, gab auf Befragen klare, sachliche Antworten, ohne nachweisbaren Defekt der Auffassungs- und Urteilsfähigkeit.

Ganz plötzlich und unmotiviert treten Ende dieses Monats (April) wieder schwere Symptome von Geisteskrankheit auf: Patientin bot den Ausdruck der tiefsten Niedergeschlagenheit und Ängstlichkeit; starr vor sich hinblickend, oder auch in lauschender, gespannter Haltung, den Kopf nach einer Richtung drehend, blieb sie unverändert auf dem Platze, auf den sie gebracht wurde. Sie war jetzt vollständig mutacistisch, redete weder spontan noch auf Anrede, die Manieriertheiten der ersten Beobachtung fehlten. Die Nahrung musste eingegeben werden; passiven Bewegungen setzte die Kranke keinen Widerstand entgegen, die Hemmung der aktiven Bewegungen bildete sich innerhalb dreier Tage zur völligen Katalepsie aus. Von da an war ein stuporöser Zustand in allen Einzelheiten zu beobachten: die Patientin lag stumm und unbeweglich zu Bett, die Extremitäten, in flexibilatis cerea, behielten die ihnen gegebene ungewöhnliche Stellung längere Zeit bei, die Nahrung musste eingeflösst, der Stuhlgang durch Einläufe erzielt werden, den Harn liess sie unter sich gehen. Auch durch längeres Anrufen liess sich keinerlei Reaktion auslösen. Eine körperliche Erkrankung liess sich nicht nachweisen.

Nach viertägiger Dauer verschwand der Stupor ebenso rasch wie er eingetreten war, die Depression der Gemütsstimmung hielt kaum zwei bis drei Tage an, dann beteiligte sich die Patienten wieder an der Arbeit, konnte bereits Anfang Mai auf eine „freie Abteilung“ zur Gruppe der Feldarbeiter versetzt werden. Sie gab später auf Befragen an, dass sie (während

dieses stuporösen Zustandes) gefürchtet habe, umgebracht zu werden von Männern, welche sie gesehen und deren drohende Stimmen sie gehört zu haben glaubte. Die Erinnerung an diese Zeit schien übrigens unklar und verschwommen, doch nicht aufgehoben zu sein.

Die Kranke verblieb noch über vier Monate in Anstaltsbehandlung. Der Ernährungszustand nahm während derselben auffallend zu, das Aussehen war blühend, das subjektive Befinden sowie die vegetativen Funktionen ungestört. In psychischer Hinsicht war ein Symptom von Geisteskrankheit so wenig nachweisbar, dass man Heilung annehmen konnte; das Gedächtnis war anscheinend ganz ungetrübt, die Kranke offenbarte in Lesen, Schreiben, Rechnen etc. die ihrer Schulbildung angemessenen Fähigkeiten; von einem moralischen Defekt, wie Lügenhaftigkeit, Arbeitscheu, Naschhaftigkeit, konnte trotz entsprechender Beobachtung nichts gefunden werden; die Kranke gehörte vielmehr zu den fleissigsten und tüchtigsten Arbeiterinnen, gab nie zu einer Klage Anlass. Auffallend war nur die heitere Sorglosigkeit, mit der sie in den Tag hineinlebte, ohne dass sie je aus der Anstalt zu kommen verlangte, oder sich fragte, was sie nach ihrer Entlassung beginnen sollte. Sie war beständig in heiterer Stimmung, zum Lachen und Scherzen aufgelegt, ihr Wesen war kindlicher als nach ihrem Alter zu erwarten war. Aber auch das blöde, unmotivierte Lachen und die Sonderbarkeiten des akuten Krankheitsstadiums waren nicht mehr vorhanden. Bei ihrer Entlassung (im September 1902) zeigte sie sich sehr ängstlich, weinte und wollte die Anstalt nicht verlassen, „weil sie sich fürchte“. In der Tat soll bereits ein Monat darauf die Geistesstörung unter denselben Erscheinungen, wie die hier angegebenen, wieder eingesetzt haben, doch kam sie hier nicht mehr zur Beobachtung.

Bei diesem Krankheitsbilde erinnert das periodenweise Einsetzen akuter Symptome von Geistesstörung an solche Fälle von manisch-depressivem Irresein, bei denen Manie, resp. Melancholie in regelmässigen Zeitabschnitten wiederkehren; im vorliegenden Falle aber lassen doch die unzweifelhaften Erscheinungen von Dementia praecox, das frühe Alter, in welchem die Krankheit beginnt, der bereits nachweisbare Schwachsinn die Zugehörigkeit zur Hebephrenie erkennen. Der Verlauf in einzelnen „Nachschüben“ bei dieser Geisteskrankheit ist allgemein beobachtet und in mehreren der später anzuführenden Fälle deutlicher ausgeprägt.

6. M., unverheiratet, Kaufmannslehrling, 16 Jahre alt, in die Irrenanstalt aufgenommen im September 1900.

Hereditäre Belastung ist in keiner Weise nachweisbar.

Patient scheint in der Schule eine normale Veranlagung gezeigt zu haben; es ist darüber zwar nichts Näheres angegeben, aber die Beobachtungen in der Anstalt zu der Zeit, als die grösste Erregung vorüber war, ergaben

das Vorhandensein der entsprechenden Kenntnisse. (4. I. 1900: „ . . seine Schulbildung ist eine gute . . .“) Bezüglich körperlicher Erkrankungen im Kindesalter wird erwähnt, dass er dreimal an Diphtherie gelitten habe. Entwicklungshemmungen, Missbildungen oder Degenerationssymptome waren nicht vorhanden, nur erschien er bei der Aufnahme in die Ansalt „ziemlich schwächlich“. Die ersten Erscheinungen von Geistesstörungen traten schon im 13. Lebensjahre auf, und zwar gab der Vater des Patienten an, dass derselbe damals drei Monate lang an „Katalepsie“ gelitten habe, allerdings mit Unterbrechungen. Hernach scheint er drei Jahre gesund gewesen zu sein. Ganz plötzlich, ohne nachweisbare Ursache, seien schwere Symptome von Geisteskrankheit aufgetreten: Patient sei völlig verwirrt, sehr unruhig und laut, in heiterer Erregung gewesen, habe keine Kleider am Leibe gelassen, auf alle Fragen nur verworrenes, zusammenhangloses Zeug geredet. Deshalb erfolgte die Aufnahme in die Irrenanstalt im September 1900.

Die Untersuchung daselbst ergab für die ersten Wochen denselben Befund, wie in der Anamnese angegeben war: „Patient ist in hochgradiger freudiger Erregung, ist nackt, springt und tanzt. Auf Fragen gibt er mit singender Stimme Antworten, deren Inhalt völlig zusammenhanglos und verworren ist. Er ist desorientiert, ruft beständig: „Sie sind Lehrer N . . . Mein Vater ist ein Eisendreher und Sozialdemokrat, Dreyfus ist frei vom Prinzregent auf der Teufelsinsel.“ Sinnestäuschungen, und zwar solche des Gehörs sind nachzuweisen; der Kranke erzählt, er habe den Herrgott rufen hören, auch seine Eltern habe er gehört. Grosse motorische Unruhe hält Tag und Nacht an. Patient wirft sich auf dem Boden hin und her, schlägt Purzelbäume, gestikuliert und macht alle möglichen Bewegungen mit dem Kopfe und mit den Armen. Die Nahrungsaufnahme ist regelmässig. Auch nachts ist Patient unruhig und unrein. Ende September war der Kranke einige Tage ruhiger, konnte auf seinen körperlichen Zustand untersucht werden. Der Befund ergab ausser dem etwas schwächlichen Körperbau, der schon anfangs erwähnt ist, nichts Besonderes: „Die Pupillen sind normal, prompte Reaktion; Reflexe vorhanden; die Zunge wird gerade, wenn auch zitternd vorgestreckt, ist ohne Bissnarben.“ Die Gemütsstimmung während dieser zwei Tage deprimiert: „Der Kranke . . . ist sehr still und schweigsam, . . . scheint sehr traurig zu sein, kümmert sich wenig um seine Umgebung.“ Die Auffassungsfähigkeit und Ideenverbindung unterschied sich durch ihre Klarheit bedeutend von der vorhergehenden Zeit: der Patient gab auf Befragen ganz logische Antworten, „erzählte, dass er in einem Geschäft Handlungsgehilfe sei, gab seine Personalien richtig an“. Die Erinnerung für das Stadium der Erregung war anscheinend erloschen: „ . . . über seine Erkrankungen und deren Dauer weiss er keine Auskunft zu geben.“

Nach dieser kurzen Ruhepause setzte die Erregung und Verwirrtheit mit erhöhter Heftigkeit wieder ein; während der Monate Oktober und November bestand in unregelmässigen Perioden ein Wechsel zwischen tob-

süchtiger Erregung und kataleptischer Starre; typische Symptome von Dementia praecox, Stereotypien der Bewegung und Haltung, maniriertes, läppisches Gebaren kamen dabei fortwährend zur Beobachtung. Sexuelle Erregtheit, die sich in masslosem Masturbieren äusserte, ging Hand in Hand mit Unreinlichkeiten und Zerstörungssucht. (2. Oktober.) „. . . Patient ist ausgelassen lustig, springt unter beständigem monotonen Singen hin und her. Sucht bei jeder Gelegenheit Schabernack zu treiben, ist durch nichts zu fixieren. Einige sinnlose gar nicht zusammenpassende Ausdrücke kehren in den verworrenen Antworten, die er auf Befragen gibt, regelmässig wieder. Auch nachts unruhig und unrein . . . .“ (17. Oktober.) „. . . ruhiger, doch stets verworren und desorientiert . . .“ (3. November.) „. . . die Aufregung hat sich wieder gesteigert, Patient lässt keine Kleidungsstücke am Leibe, masturbiert masslos, wälzt sich auf dem Boden, schreit und schlägt an Fenster und Türen, zerreist und schmiert.“ (16. November.) „Der Zustand ist in der letzten Woche wechselnd, Patient ist tagweise ruhiger, lässt die Kleider an, und kann sich unter anderen Kranken bewegen, tageweise aufgeregt und zerstörungssüchtig, immer aber völlig verwirrt und unrein. Ernährungszustand zurückgegangen.“ (20. November.) „Patient kauert am Boden, setzt dem Versuch, ihn aufzurichten, ganz starren Widerstand entgegen. . . Plötzlich fährt er empor und macht tolle Sprünge, wobei er sinnlose Wortbrocken mit pathetischer Stimme in monotoner Weise ableiert. Frägt man ihn, so knüpft er an ein Wort der Frage an und verunstaltet allmählich dieses Wort . . . die Augen meist starr auf einen Punkt gerichtet.“ (21. November.) „Zeigt heute ausgesprochene Flexibilitas cerea.“ (Die Extremitäten behalten die ihnen verliehene unnatürliche Stellung längere Zeit bei). „Hält nach Angabe des Pflegers auch sonst öfters ganz sonderbare Stellungen längere Zeit inne, fährt aber dann plötzlich empor und wird öfter aggressiv. Imitiert öfter auch Bewegungen seiner Mitpatienten. Nachts unruhig; ständig unrein.“ (22. November.) „Kniet, den Kopf aufstützend, auf dem Strohsack. Es zeigt sich ausgesprochene Starrheit in den Muskeln. Sobald Referent den Rücken dreht, springt er auf, drängt zur Tür hinaus, lacht und lärmt. Nach einiger Zeit wieder ruhig.“ (23. November.) „. . . auf Befragen flüstert er mit leiser Stimme ganz barocke Wortbildungen, die immer wiederkehren.“ . . .

Dieselben Beobachtungen finden sich noch für die weiteren Tage des November und Anfang Dezember angegeben; nur ist mehr und mehr ein ausgelassenes heiteres Benehmen betont, dagegen sind die an Katatonie erinnernden Symptone bis Mitte Dezember völlig verschwunden. Von da an trat das Bild hebephrenischen Schwachsinns leichteren Grades von Tag zu Tag mehr hervor. (12. Dezember.) „. . . kindisch-neckisches Benehmen; das Verhalten ist im wesentlichen so, als ob es auf Zuschauer berechnet wäre: Patient rennt umher, lacht, stellt sich in Positur, ergreift einen Stuhl; hebt ihn theatralisch in die Höhe; ab und zu klatscht er in die

Hände, pfeift, läuft neckisch anderen Kranken nach. Antwort gibt er nie oder sehr leise und ganz verkehrt. Nahrungsaufnahme ist ordentlich. Tagsüber und nachts ist er mehrmals unrein gewesen.“ (23. Dezember.) „ . . . ruhiger; weiss wo er sich befindet, er steht aber nicht weiter Rede.“ (4. Januar 1900.) „Patient erscheint vollkommen frei von Sinnestäuschungen; über sein früheres Verhalten gibt er keine nähere Auskunft, erscheint dem Arzt gegenüber gedrückt und verschüchtert. Sonst vielfach sehr ausgelassen, neckt Mitpatienten, zeigt kindisches Benehmen. Er wurde auf die Arbeiter-Abteilung versetzt, und arbeitet daselbst fleissig.“ (22. Januar.) „Dasselbe kindische, vielfach ausgelassene Benehmen Mitkranken gegenüber, hingegen schüchtern gegen den Arzt. Bei der Arbeit fleissig. Zeigt gute Schulbildung, beim Rechnen ist Denkhemmung ganz augenfällig.“ (Februar.) „Übermütiger Patient, der mit Vorliebe sonderbare Kranke neckt und in Affekt zu bringen sucht. Sonst unverändert.“ Noch im Februar wurde der Kranke ohne weitere Veränderung des Zustandes nach Hause abgeholt.

In diesem Falle beginnt die Geistesstörung ohne nachweisbare Gelegenheitsursache, ohne hereditäre Belastung oder Imbecillität des Patienten, in früher Jugend unter stürmischen Symptomen, wovon die relativ lange anhaltende Verwirrtheit und der heitere, manische Charakter der Gemütsstimmung hervortreten und einen Unterschied bilden gegenüber den Fällen 1 bis 5; bei diesen begann die Krankheit, mit wachsender Depression des Gemütes, allmählich. Allerdings zeigt auch der Patient sechs an zwei Tagen, an denen die Verwirrtheit nachlässt, eine gedrückte, traurige Stimmung. Im Verlaufe der Krankheit finden sich zahlreiche katatonische Symptome im Wechsel mit jenen, welche Hecker als typisch hebephrenische bezeichnet hat. Die letzteren treten schnell in den Vordergrund; die entschiedene Besserung des geistigen Zustandes fällt zusammen mit der Zuziehung des Patienten zur regelmässigen Beschäftigung. Der Ausgang ist ein sehr günstiger, die Überreste der Krankheit beschränken sich anf den erwähnten Defekt des Gefühlslebens, den Mangel an Anteilnahme gegenüber Mitpatienten, und das kindische Gebaren. Allerdings ist die Beobachtungszeit nur kurz, Angaben über das Befinden seit der Entlassung, etwaige Rückfälle etc. nicht vorhanden.

In den Fällen 1 bis 6 war der nach Ablauf des akuten Stadiums erreichte stabile Grad des Schwachsinns ein sehr geringer bis mässiger; im folgenden soll eine Reihe von Krankheitsgeschichten angeführt werden, welche der „schweren Form der Hebephrenie“ entsprechen.

7. W., ledige Gütlerstochter, im 19. Lebensjahr in die Irrenanstalt aufgenommen I. 1902.

Bezüglich erblicher Belastung wird Geistesstörung bei irgend einem Mitglied der Familie völlig in Abrede gestellt; dagegen soll die Mutter der

Patientin von ihrer Jugend an „blutarm“ gewesen sein, im Jahre 1875 an „Kopftyphus“ gelitten und sich davon seither nicht ganz erholt haben, viel husten und kränklich aussehen; von elf Kindern leben noch drei (inklusive der Patientin), eine Schwester und ein Bruder, beide angeblich gesund; die übrigen seien bald nach der Geburt an Diarrhoea infant. gestorben. Der Vater soll seit dem Feldzug 1872 brustleidend sein.

Die Patientin selbst sei als Kind körperlich und geistig gesund, in der Schule sehr gut talentiert gewesen; sie habe sich später, als sie in Dienst trat, bei ihrer Herrschaft durch Fleiss und ordentliches Betragen beliebt gemacht, habe keinerlei Sonderbarkeiten des Charakters, religiöse Schwärmerei etc. an den Tag gelegt. Schwerere körperliche Krankheiten seien während dieser Zeit nicht aufgetreten, nur sei sie „immer recht bleichsüchtig“ gewesen, soll auch zeitweilig gehustet haben. Die Menses seien mit dem 16. Lebensjahr ohne Störungen eingetreten und regelmässig geblieben bis zum Ausbruch der Geisteskrankheit. Derselbe soll durch einen äusseren Anlass hervorgerufen worden sein: im August 1900 (im 18. Lebensjahr der Patientin) habe sie sich bei der Feldarbeit überanstrengt und zugleich durch einen heftigen Regen verkältet; einige Tage darauf sei dann plötzlich ein Anfall von „Tobsucht“ ausgebrochen. Auf eindringliches Befragen gab jedoch der Vater der Kranken an, dass diese schon einige Monate vorher auffallend eifrig religiöse Übungen gepflegt, sehr häufig gebeichtet, bei jeder Gelegenheit die Kirche besucht habe. Der erwähnte Tobsuchtsanfall sei während des Sonntagsgottesdienstes, den die Patientin besuchte, um zu beichten und zu kommunizieren, ausgebrochen: plötzlich habe sie angefangen zu schreien, ganz verwirrtes Zeug zu reden, um sich zu schlagen; sie habe nicht mehr aus der Kirche hinaus gefunden, sei ganz ausser sich gewesen. In das Krankenhaus ihres Heimatsortes verbracht, sei die Kranke ebenso plötzlich wieder ruhig geworden, nachdem die Erregung und Verwirrtheit etwa vier bis fünf Tage gedauert hatte, dafür habe sich aber ein Zustand von stumpfer Gleichgültigkeit eingestellt, welcher nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhause anhielt. Patientin soll zu Hause den Tag über apathisch und untätig herumgestanden, an keinem Vorgang in ihrer Umgebung teilnehmend, anscheinend ganz affektlos geblieben sein; nur wenn sie durch einen Zank unter ihren Geschwistern aus ihrer Ruhe aufgeschreckt wurde, sei auch sie vorübergehend zornig erregt geworden. Die Nahrung habe man ihr eingeben müssen, manchmal habe sie sich dagegen gewehrt, ein oder zwei Tage nichts zu sich genommen. Der Schlaf sei schlecht, oft unterbrochen und unruhig gewesen, sie sei nachts oft vom Bett aufgestanden, habe sich ängstlich und verwirrt benommen. Die Menses, welche zugleich mit dem Ausbruch der Geisteskrankheit ausgeblieben waren, traten neun Monate hernach erst in längeren Pausen, dann allmählich in regelmässigen kürzeren Zwischenräumen (von drei Wochen) wieder auf, ohne stärkeren Blutverlust oder Schmerzen und ohne sichtlichen Einfluss auf den Geistes-.

zustand. Da sich derselbe nicht besserte, sondern angeblich ganz unverändert blieb, wurde die Patientin in die Irrenanstalt verbracht.

Die Untersuchung daselbst ergab bezüglich der inneren Organe keine wesentlichen organischen Veränderungen. Die Pupillen, gleichweit, reagierten auf Lichteinfall, die Sehnenreflexe ergaben normales Verhalten. Der Körper ist regelmässig gebaut, ohne Entwicklungshemmungen und Degenerationssymptome, in mittlerem Ernährungszustande; das auffallend stark ausgeprägte chlorotische Aussehen besserte sich während der ganzen Behandlungsdauer in der Anstalt trotz reichlicher Nahrungsaufnahme (namentlich Milch) und Aufenthalt in freier Luft nicht im geringsten. Subjektive Krankheitserscheinungen, Schmerzen, Husten, etc. wurden nicht beobachtet.

Der physische Zustand der Patientin bot von Anfang an das Bild vorgeschrittener Verblödung; in ihrem äusseren Verhalten wechselten stuporöse Ruhe und mässige Erregung in längeren unregelmässigen Perioden. Die ersten 14 Tage nach ihrer Aufnahme war die Kranke apathisch und gleichgültig gegen alle Vorgänge in ihrer Umgebung. (Januar 1902.) „ . . . Der — übrigens ganz intelligente — Gesichtsausdruck ist ruhig und heiter, öfter lächelt die Patientin; sie verharrt in vollständiger Schweigsamkeit, höchstens bewegt sie nach langem, eindringlichem Befragen, z. B. ob sie sich wohl befinde?, die Lippen zu einem unhörbaren »Ja«. Stundenlang bleibt sie auf dem Platze stehen oder sitzen, auf den man sie gebracht hat, vor sich hin sehend oder lächelnd. Gibt man ihren Extremitäten eine ungewöhnliche Haltung, so bleiben dieselben einige Zeit in dieser Lage; die Patientin zeigt bei diesen passiven Bewegungen ein leichtes Widerstreben und macht zugleich immer eine eigentümliche Drehung im Handgelenk mit hyperextendierter Hand. Die Nahrung muss ihr eingegeben werden, Widerstand leistet die Kranke dabei nicht, sie kaut und schluckt, wenn ihr der Löffel mit Speise an den Mund gebracht wird. Die Gemütsstimmung ist anscheinend ganz affektlos; ein Erregungszustand war bisher nicht zu bemerken.“ Allmählich wurde die Patientin lebhafter, sie redete mehr, gab auf einfache Fragen entsprechende Antworten; dabei zeigte sich die Orientierungsfähigkeit im wesentlichen erhalten, Datum, Aufenthaltsort wurden richtig bezeichnet, Intelligenz und Gedächtnis, besonders bezüglich der noch vorhandenen Schulkenntnisse, waren sehr schwer zu prüfen, da die Aufmerksamkeit so schwer zu fesseln war: die Patientin las wohl einige Zeilen in einem Buche, oder schrieb einige Buchstaben, begann dann aber sogleich zu lachen und war zu keiner geordneten Antwort mehr zu bewegen. Mitte Februar begann sie sich zu beschäftigen, mit Stricken, bei der Hausarbeit (Aufräumen, Fussbodenreinigen etc.); sie nahm regelmässig und ohne Beihilfe Nahrung zu sich, schlief nachts ruhig; psychisch war eine wesentliche Änderung nicht zu konstatieren: immer dieselbe heitere Gleichgültigkeit. Sie verlangte nie nach Hause, fragte nie nach ihren An-

gehörigen. Die beiden folgenden Monate (März, April) wurde sie mit zur landwirtschaftlichen Arbeit genommen: dabei beteiligte sie sich zwar mechanisch, aber ohne besonderen Eifer: „ . . . Patientin arbeitet wenig, zeigt kein Interesse, spricht nichts, lacht des öfteren vor sich hin; wenn man sie ansieht, krümmt sie den Körper zusammen, hält sich die Nase zu, wird im Gesicht ganz rot und geberdet sich wie ein Kind, welches ein lautes Auflachen unterdrücken will. Dasselbe Benehmen zeigt sie bei Anrede, gibt nie eine längere, logische Antwort; nur kurze Worte stösst sie nach längerem Zögern heraus.“ Ein Erregungszustand wurde während dieser Zeit nicht beobachtet, ebensowenig ein tiefer gehender freudiger oder trauriger Affekt. Einen Besuch vonseiten ihres Vaters nahm sie ganz gleichgültig auf; sie erkannte ihn, äusserte aber keine Sehnsucht nach Hause, redete nicht mehr wie sonst. Am 18. V. trat plötzlich und anscheinend unmotiviert ein stuporöser Zustand auf: „Patientin bietet ein stuporös-kataleptisches Verhalten: der Gesichtsausdruck ist maskenartig starr, in der Haltung der Extremitäten lässt sich Flexibilitas cerea hervorrufen, spontan wird keine Bewegung ausgeführt, die Nahrung muss eingegeben werden, auch auf eindringliches Befragen erfolgt keine Äusserung.“ Nach vier Tagen war der Stupor wieder verschwunden, die Rückbildung ebenso schnell vor sich gegangen wie die Entwicklung; eine Änderung des Geisteszustandes im unmittelbaren Anschluss daran konnte nicht nachgewiesen werden. Etwa 14 Tage später erst fiel die Patientin durch ihr erregtes Benehmen auf: „Die Kranke benimmt sich lebhaft und erregt, läuft viel umher, Tür aus und Tür ein, die Treppen auf und ab, sie lacht, pfeift, grimassiert, streckt die Zunge heraus.“ Sie beruhigte sich aber schnell wieder, Ende Juni war das vorher gegebene Krankheitsbild wieder hergestellt und veränderte sich bis zu ihrer Entlassung aus der Anstalt nicht mehr. Heftiges, gewalttätiges Wesen legte die Patientin während der gesamten Dauer des Anstaltsaufenthaltes nicht an den Tag. Den Mitpatientinnen ebenso wie dem Pflegepersonal bewies sie weder besondere Zuneigung noch Abneigung. Eine körperliche Erkrankung hatte sie nicht durchzumachen, es war nie Husten, Heiserkeit u. dergl. zu beobachten, trotzdem behielt sie ihr chlorotisches Aussehen bei, obwohl in Ernährung, Beschäftigung leichter, nicht anstrengender Art im Freien dagegen gewirkt wurde.

Bei diesem Falle hatte sich offenbar das akute Stadium des Krankheitsverlaufes zu Hause abgespielt, in sehr kurzer Zeit und mit einem sehr ungünstigen Ausgang: der Grad des Schwachsinns, den die Patientin in der Anstalt darbot, war ein sehr hoher, der ganze Geisteszustand sehr stabil, ausgenommen die kurze Zeit des Auftretens der kataleptischen Symptome, welche wohl als ein kleiner Nachschub zu betrachten sind. Genauere Angaben bezüglich der Dauer des ersten Stadiums konnten nicht erbracht

werden; nur erklärte der Vater der Patientin wiederholt, dass sie schon ca. 1½ Jahre unverändert geblieben sei, bevor er sie in die Anstalt brachte. Der Ausbruch der Geisteskrankheit erfolgt wie in den meisten Fällen auch hier im Anschluss an eine Gelegenheitsursache somatischer Art und ist begleitet von Menstruationsstörungen. Bemerkenswert erscheint auch die hartnäckige Chlorose, sowie die erbliche Belastung körperlicher Natur durch die als „schwächlich und kränklich" bezeichnete Mutter. Für die Beurteilung des Schwachsinnes in seiner weiteren Entwicklung war die Beobachtungszeit zu kurz; bei dem ruhigen Temperament der Patientin, das sie auch vor ihrer Erkrankung schon durch die allgemein günstigen Zeugnisse aus der Schule, Dienstherrschaft etc. bewies, liesse sich erwarten, dass eine gewisse Befähigung zu rein mechanischer Beschäftigung erhalten und die Demenz, äusserlich wenigstens, jahrelang auf derselben Stufe stehen bleiben könnte. Letzteres ist aus dem folgenden Fall, der auch sonst noch einige Ähnlichkeit mit dem erwähnten bietet, ersichtlich.

8. M., lediger Dienstknecht, im 24. Lebensjahre in die Anstalt verbracht im Juni 1891.

Die Eltern des Patienten sind angeblich gesund, in der Familie sollen nie Geisteskrankheiten, auffallende Charaktere, Epilepsie oder sonstige auf erbliche Belastung hinweisende Momente vorgekommen sein. Der Kranke selbst soll als Kind geistig und körperlich gesund, später als Dienstknecht ordentlich, fleissig und nüchtern gewesen sein. (Der Befund bei der Untersuchung in der Anstalt ergab allerdings Spuren von Rhachitis: „ . . . leicht geriefte Zähne, etwas verdickte Gelenkenden, bei kleiner schwächlicher Gestalt.")

Die ersten Erscheinungen geistiger Störung traten schon mehrere Jahre vor seiner Aufnahme in die Irrenanstalt auf, wahrscheinlich im 19. oder 20. Lebensjahre des Patienten, denn bei Antritt des Militärdienstes war er bereits ziemlich schwachsinnig und wurde nach vier Wochen wieder entlassen. Die Geisteskrankheit soll sich allmählich, ohne nachweisbare Gelegenheitsursache, unter den Symptomen von Depression entwickelt haben: Patient sei „in sich gekehrt, verschlossen" geworden, habe „unsinnige, religiöse Übungen gepflogen", so zum Beispiel „machte er in einem fort Kniebeugungen und bezeichnete sich mit dem Kreuzzeichen nach jedesmaligem Abnehmen der Kopfbedeckung, so dass er auffällig wurde." Allmählich sei er erregter geworden, habe Verfolgungswahnideen und Anzeichen von Sinnestäuschungen (des Gehörs) geäussert, so z. B. nach seiner Entlassung vom Militär hätten ihn alle Leute Deserteur genannt, auf der Strasse nachgerufen etc. Schliesslich habe er sich „roh und gewalttätig gegen seine Umgebung" gezeigt, so dass er gemeingefährlich erschien und erst in das Krankenhaus seines Heimatsortes und, als sich daselbst der Geisteszustand noch verschlimmerte, nach vier Monaten in die Irrenanstalt gebracht wurde.

Die Untersuchung daselbst ergab bezüglich des Körperzustandes ausser den in der Anamnese erwähnten Spuren von Rhachitis und der schwächlichen Konstitution nichts Besonderes: Pupillen- und Sehnenreflexe in gehöriger Weise auslösbar, die inneren Organe ohne nachweisbare Veränderung. Psychisch fand sich ein bereits hochgradig vorgeschrittener Schwachsinn: die Gemütsstimmung war affektlos, apathisch, anfangs (wohl infolge der neuen, ungewohnten Umgebung) etwas erregt, doch nach wenigen Wochen bereits gänzlich harmlos und apathisch. „ . . Auf Fragen gibt der Kranke erst nach langem Zögern Antwort, und zwar nur: »Was?!« , wobei er bald mürrisch, bald lachend, bald furchtsam erscheint.“ Einen Monat nach der Aufnahme war er „immer noch unfähig, die einfachsten Fragen zu beantworten“; „ . . scheint nicht das geringste Bedürfnis zu fühlen, sich selbst über etwas Rechenschaft zu geben;“ „ . . lacht häufig, lallt nichtssagende Silben in singendem Tone vor sich hin;“ „tändelt gerne;“ „ist äusserst unselbständig, muss zur geringsten Arbeit angeleitet werden.“ Schon nach einigen Monaten beteiligt er sich übrigens an der Beschäftigung, allerdings nur ganz mechanische Arbeit (Planierung von Grundstücken, mit Schieben von Karren, u. dergl.), wird stets als „fleissiger Arbeiter“ von da ab bezeichnet.

Dieses Krankheitsbild blieb unverändert vom Jahre 1891 bis 1894, und das Befinden des Kranken gab nur zu wenigen Bemerkungen Anlass, z. B. (März 1892): „Der Kranke ist in gehobener Stimmung . . . lacht häufig . . . lallt sinnlose Worte vor sich hin . . . geht täglich mit zur Beschäftigung.“ — (August 1892.) „Patient ist immer in guter Laune;“ — „ganz harmlos und ruhig.“

Vom Jahre 1894 an trat insoferne eine Änderung ein, als jetzt zeitweise Zustände von Erregung auftraten, welche, anfangs seltener, und schwächer, allmählich an Häufigkeit und Intensität zunahmen und einen periodenweisen Wechsel von Erregung und Ruhe bildeten. (August 1894.) „Der Patient ist manchmal sehr laut und in motorischer Erregung, er lacht ohne Anlass sehr laut, ist einige Tage unbeschäftigt; weit fortgeschrittene Verblödung.“ (Februar 1896.) „ . . . ein verblödeter Patient, der beiläufig alle drei Wochen Aufregungszustände bekommt, in denen er schimpft und flucht, hin und her rennt, ab und zu gewalttätig wird; die Erregung dauert gewöhnlich einen Tag; sonst ist er apathisch ruhig, tagsüber im Freien beschäftigt.“ — (1898.) „Episodisch erregt . . . ganz verblödet . . , lacht meist vor sich hin.“

Dieser Zustand ist bis jetzt unverändert geblieben; das körperliche Befinden ist ungestört. In neuester Zeit wird ein mehr und mehr gewalttätiges Wesen während der Erregung an ihm bemerkt.

Dieser Fall unterscheidet sich von dem vorhergehenden durch das Fehlen der erblichen Belastung und der Gelegenheitsursache bei Ausbruch

der Krankheit, gleicht ihm aber in der Form und dem vorgeschrittenen Grad der Verblödung bei der Aufnahme. Das Krankheitsbild zeigt allerdings nur die gewöhnlichen Erscheinungen des Schwachsinnes, dessen hebephrenische Natur die Entstehung im jugendlichen Alter, das kindische Wesen und der Mangel an Symptomen einer anderen, eventuell anzunehmenden Geisteskrankheit erkennen lassen; dagegen ist daraus zu sehen, wie selbst bei schnell und hochgradig Verblödeten dieser Art eine gewisse Arbeitsfähigkeit vorhanden ist, und wie die Demenz jahrelang auf derselben, einmal erreichten Stufe stehen bleiben kann — wenigstens äusserlich; denn dass doch eine allmähliche Zerstörung noch vorhandener geistiger Eigenschaften und Fähigkeiten auch während dieser Periode stattfindet, zeigt das Auftreten rohen, gewalttätigen Benehmens bei dem sonst harmlosen und ruhigen Kranken. In mehreren der zu besprechenden Fälle vollzieht sich diese Änderung unmerklich, namentlich bei den apathischen Patienten, deren seelische Vorgänge kaum zu beobachten sind, bei anderen in „Nachschüben“ mit heftigen, in die Augen fallenden Erscheinungen.

9. M., lediger Bauernsohn, im 19. Lebensjahr in der Anstalt aufgenommen im Oktober 1898.

Nach den eingehenden Angaben des ärztlichen Einweisungszeugnisses ist der Kranke erblich belastet: die Grossmutter väterlicherseits war mehrere Jahre vor ihrem Tode geisteskrank; ein Bruder des Patienten litt längere Zeit an traumatischer Psychose (infolge eines Sturzes aus beträchtlicher Höhe) und soll seit dieser Zeit Hang zu Trunksucht und Müssiggang zeigen; von seinen zwei Schwestern ist die ältere, welche zur Zeit der Aufnahme des Patienten noch als völlig gesund galt, gegenwärtig in hiesiger Anstalt, ebenfalls an jugendlichem Verblödungsprozess krank, die jüngere schwerhörig von Geburt an.

Der Patient selbst soll als Kind die Masern durchgemacht haben, sonst werden keine Kinderkrankheiten angegeben; er soll aber sehr spät das Laufen gelernt und später in der Schule häufig an Kopfschmerz gelitten haben. Übrigens sei er ein gut talentierter, ordentlicher und fleissiger Schüler gewesen; nach dem Verlassen der Schule habe er im elterlichen Hause die landwirtschaftlichen Arbeiten tüchtig und fleissig durchgeführt, sei weder ein Trinker noch in sexuellen Dingen ausschweifend gewesen.

Die Geistesstörung scheint ganz allmählich sich entwickelt zu haben: im Winter des Jahres 1897/98 — also im 18. Lebensjahre des Patienten — „liess er häufig die Klage hören, dass er sich elend und matt fühle, arg von Kopfschmerzen geplagt werde; er äusserte oft, dass er ganz bestimmt sterben müsse; der Appetit war mangelhaft, man sah, dass er körperlich bedeutend abnahm“. Vom Mai 1898 an wurden die Symptome geistiger Störung deutlich: Depression der Gemütsstimmung, ziemlich vage Kleinheitswahnideen, religiöse Exaltation, motorische Unruhe. Patient „verlangte

dringend zum Ortsgeistlichen, weil er sich zu Hause nicht mehr halten könne, betete sehr oft und sehr laut, sang religiöse Lieder Tag und Nacht"; er sprach öfter von „bösen Leuten, die ihm etwas anhaben möchten", „spuckte häufig hinter sich aus, um, wie er sagte, die bösen Leute zu treffen". Das Bewusstsein, die Orientierungsfähigkeit war dabei ungetrübt: „auf Befragen bekam man gewöhnlich kurze, ziemlich geordnete Erwiderung." Nach Verlauf einiger Wochen trat eine Remission ein, der Kranke wurde äusserlich ruhiger, arbeitete wieder, aber schloss sich immer mehr von den Leuten ab, sperrte sich zu Hause in seiner Kammer ein. Ende September 1898 traten plötzlich wieder heftige Symptome von Erregung auf, grosse Reizbarkeit, blöde Schimpfworte und obscöne Äusserungen gegen seine Nachbarsleute, Neigung zu Gewalttätigkeit; dazu gesellte sich unregelmässige, mangelhafte Nahrungsaufnahme. Daraufhin wurde der Kranke in die Irrenanstalt verbracht (im Oktober 1898).

Die Untersuchung bei der Aufnahme ergab bezüglich des körperlichen Zustandes nichts Besonderes: „ . . . ein mittelgrosser, kräftiger, gut genährter Bursche ohne Entwicklungsfehler, nur besteht mässige Mikrocephalie. Keine wesentlichen somatischen Unregelmässigkeiten." Der Geisteszustand bot vor allem das Bild einer bereits weit vorgeschrittenen Verblödung, die Gemütsstimmung trug weniger den Charakter eines bestimmten Affektes als den einer ziemlich hochgradigen Erregtheit und Reizbarkeit, welche während der ersten 14 Tage (bis der Patient eingewöhnt war) in einem scheuen, argwöhnischen Wesen sich äusserte: „ . . . (Patient) steht oder sitzt mit verdrossener, scheuer Miene, den Blick auf den Boden geheftet, da und gibt auf Befragen mangelhaft Antwort; . . . bei der Untersuchung frägt er mit sehr ängstlicher Geberde, ob er nun recht zerschnitten oder zerstochen werde . . . Macht einen tief verblödeten Eindruck." Der nun folgende, ca. einen Monat andauernde Zustand von Erregtheit hatte besonders die sexuelle Sphäre zur Basis. (20. Oktober.) „Der Kranke trägt ein äusserst unflätiges Benehmen zur Schau; er entblösst seine Genitalien in schamloser Weise, uriniert in der Abteilung auf den Tisch, führt ganz gemeine, lascive Reden. Auf Fragen erhält man nie eine entsprechende Antwort." — (9. November.) „ . . . ist auffällig durch den gemeinen Inhalt seiner Reden" etc. Im Dezember und folgenden Januar war Patient niedergeschlagener, kleinlaut; zugleich äusserte er wiederholt Klagen über körperliche Beschwerden. (12. Dezember.) „ . . . Die Gemütsstimmung des Patienten ist anhaltend eine ernste; doch lässt sich über den eigentlichen Grund seiner Verstimmung bei Stillschweigen des Patienten nichts eruieren." — (30. Januar 1899.) „ . . Patient war in letzter Zeit niedergeschlagen, klagte über allgemeine Mattigkeit und Unwohlsein, nahm mangelhafte Nahrung zu sich. Objektive Untersuchung negativ." Von diesem Zeitpunkt an nahmen die Erscheinungen eines akuten Prozesses mehr und mehr ab gegenüber denen des apathischen Schwachsinns hohen Grades: (20. Februar 1899.) „Die Gemütsstimmung des Patienten ist

vorwiegend eine kindisch ausgelassen heitere. Auf Fragen gibt er zumeist verkehrte Antworten; seine Reden sind inhaltlich äusserst lasciv . . . Bei der Arbeit zeigt er nicht den geringsten Fleiss.“ — (9. August 99.) „ . . . Steht und liegt die meiste Zeit, blöde dareinblickend, den Kopf eingezogen, umher, gibt gar keine Antworten. Nach seinem Namen etc. gefragt, antwortet er unter blödem Lächeln, heftig grimassierend: »»Woass' net! ja ja! na na!«« Wurde einige Tage bei den Erdarbeiten beschäftigt, hat dabei wenig geleistet.“ — (November 1899.) „ . . . arbeitet ein wenig fleissiger, hat heute mit dem Pfleger längere Zeit ganz vernünftig gesprochen, zum erstenmal seinen Namen genannt.“ Von Ende Dezember an änderte sich das Krankheitsbild ziemlich jäh — die Symptome des ersten Stadiums setzten nochmals ein, wichen aber schnell einem stuporösen Zustand, welcher mehrere Monate hindurch andauerte. (20. Dezember 1899.) „ . . . zeigt stupides, apathisches Verhalten. Vor Eintreten dieses Zustandes sehr erregt, ausgelassen heiter, dann aggressiv und grob gegen die Mitpatienten.“ (Februar 1900.) „ . . . Griff öfter ohne jeden Grund Mitkranke an; hernach Besserung dieses Zustandes. Anhaltender Stupor.“ — (März 1900.) „Patient zeigt stets dasselbe stuporöse Verhalten von den leichteren bis zu den schwersten Graden, wobei er dann die Nahrung unberührt lässt und unrein ist. Mehrere Male hat er diesen Zustand durch heftige Lach-Paroxysmen unterbrochen, wobei sich Patient vor Lachen wand, unflätige Äusserungen machte und bald darauf in den alten Zustand verfiel.“ — (April 1900.) „ . . . vollständig stuporös und schlaff. Nimmt keine Nahrung zu sich. Stomatitis mit fötider, eiteriger Sekretion. Sondenernährung!“ — (Mai 1900.) „ . . . Neben der Mund-Affektion besteht eine hämorrhagische Diathese, Zahnfleisch- und häufige Nasenblutungen (Skorbut). Im Harn kein Eiweiss, kein Zucker. Temperatur afebril.“ — (Juni 1900.) „Keine Änderung. Sondenernährung.“ — Erst im Oktober 1900 nahm der Patient die Nahrung wieder freiwillig, redete wieder einige Worte, schnitt zeitweise Grimassen. Ein eigentlicher Stupor stellte sich seither nicht mehr ein, der Kranke bot das Bild der absoluten, hochgradigsten Verblödung, gab zu keiner wichtigen Beobachtung mehr Anlass bis zum August des Jahres 1901, wo er von seinen Angehörigen als ganz harmlos und ungefährlich nach Hause genommen wurde. Es ist nur bemerkt, dass das Körpergewicht und der Ernährungszustand, welche während des Stupors sehr herunter gekommen waren, sehr schnell zunahmen.

In diesem Falle sind die Übergangssymptome vom ersten zum zweiten Krankheitsstadium während der ersten Monate seines Anstaltsaufenthaltes zu beobachten: bereits stark vorgeschrittener Schwachsinn, dabei aber noch heftige Reizerscheinungen und Reste von Affekten; das darauf folgende Stadium ist nur von kurzer Dauer, der schnell einsetzende Nachschub zeigt teilweise die Wiederholung der ersten Beobachtungen: nach dem Aufhören des stuporösen Zustandes ist die Demenz um ein Beträchtliches erhöht, es

ist fast keine geistige Tätigkeit mehr wahrnehmbar. Der Krankheitsverlauf ist im allgemeinen hier ein rapider — ca. zwei einhalb Jahre bis zur höchsten Verblödung — die Symptome stürmisch und in Widerspruch mit dem Charakter des Patienten während der Zeit seiner Gesundheit, in Anbetracht des gewalttätigen Benehmens und der sexuellen Erregtheit bei einem vorher ruhigen und zu keinerlei Ausschweifung geneigten Menschen. Trotz der erheblichen erblichen Belastung ist keine Spur von Imbecillität nachzuweisen, letztere wird ausdrücklich in Abrede gestellt. Die Geistesstörung entwickelt sich allmählich, ohne nachweisbare Gelegenheitsursache.

10. W., ledige Kaufmannstochter, im 22. Lebensjahre der Irrenanstalt zugeführt im Septemer 1896.

Erbliche Belastung in irgend einer Form wurde von den Angehörigen energisch in Abrede gestellt; erst nach jahrelangem Aufenthalt der Patientin in der Anstalt wurde angegeben, dass ihre Mutter wiederholt an längeren und schweren melancholischen Zuständen krank gewesen sei, ferner dass eine Schwester der Patientin in jugendlichem Alter an Lungentuberkulose gestorben sei. Von anderen Familienmitgliedern ist nichts auf Geistesstörung bezügliches bekannt.

Die Patientin selbst soll als Kind die gewöhnliche Schulbildung genossen und weder geistig noch körperlich etwas Abnormes geboten haben, von ihrem zehnten Lebensjahre an aber sei sie „absonderlich", „leutescheu" geworden, zugleich hätten sich hartnäckige Hautausschläge eingestellt, infolge deren ihr Gesicht gleichmässig rot und narbig wurde. Sonst sei ihr Lebenslauf regelmässig gewesen bis zu ihrem 19. Lebensjahr; die Menses seien bis dahin stets regelmäsig aufgetreten, dann aber traten Störungen ein und vor dem Ausbruch der Geistesstörung bestand eine einjährige Pause. Über etwaige Änderungen des Charakters, der Gemütsstimmung etc. während dieser Zeit ist nichts bemerkt, die schweren Erscheinungen von Geisteskrankheit treten ca. ein Jahr vor der Aufnahme in der Anstalt ein, im 21. Lebensjahr der Patientin, ohne nachweisbaren Anlass. Nach Angabe des ärztlichen Zeugnisses führte die Kranke „sonderbare Reden, war ungemein wechselnd in ihrem Gebaren, bald ausgelassen heiter, bald traurig; sie vernachlässigte ihre Kleidung, lief öfter vom Hause weg und beschimpfte die Leute der Nachbarschaft; bei einem Besuche benahm sie sich äusserst unartig, hielt die Hände vors Gesicht, schrie gellend auf, wenn man sie ansah, war zu keiner Antwort zu bewegen". Nachdem dieser Zustand ein Jahr angedauert hatte, die Patientin einer Kaltwasserkur unterzogen worden war, wurde sie in die Anstalt verbracht (September 1896).

Ihr Geisteszustand bot damals bereits das Bild eines augenfälligen Schwachsinns: sie schrie bei der Aufnahme nach ihrer Mutter, weinte einige Stunden lang; dann beruhigte sie sich schnell und zeigte eine heitere Gemütsstimmung. „Patientin benimmt sich zimperlich und zurückhaltend,

nach Art eines unerfahrenen Kindes; . . . sie macht einen recht schwachsinnigen Eindruck; meist steht sie mit blöder, stillvergnügter Miene im Saal, ohne Neigung zu Unterhaltung und Beschäftigung. Sie verlangt eine Puppe, um damit zu spielen, nachts bereitet es ihr gewöhnlich Vergnügen, sich zu schaukeln.“ Das körperliche Befinden war nicht wesentlich gestört: „Patientin ist nicht sehr kräftig gebaut, ihre Muskulatur schlaff, der Ernährungszustand nicht besonders günstig. Organerkrankungen sind nicht nachweisbar; die Haut des Gesichtes ist gedunsen und gerötet, mit einigen Aknepusteln versehen. Lähmungserscheinungen fehlen.“ Bezüglich sonstiger geistiger Eigenschaften ist bemerkt, dass die Patientin „im allgemeinen orientiert“ war; sie verhielt sich meist ruhig, nur zeitweise schrie sie laut und gellend auf, stampfte dabei mit den Füssen; auf Anrede antwortete sie höchst selten. Einmal wurden Äusserungen von Sinnestäuschungen beobachtet: „Die Kranke rief nachts zum Fenster hinaus hallucinatorischen Gestalten zu, sie sollten hereinkommen.“

Nachdem dieser Zustand etwa drei Monate lang unverändert geblieben war, wurde bemerkt, dass die Kranke immer mehr an Lebhaftigkeit abnahm, dagegen stumpfer und apathischer wurde, zeitweise auch mehr erregt als früher. Allmählich bildete sich ein unregelmässiger Wechsel zwischen apathischem Hinbrüten und blöder, kindischer Heiterkeit, oder zorniger Erregtheit und Verdrossenheit aus. (März 1897.) „ . . . Der Zustand der Patientin ist immer der gleiche: sie ist in sich selbst versunken, spricht weder von sich selbst noch auf Anrede, nur dass sie hie und da etwas Unverständliches murmelt. Sie saliviert; einigemal hat sie das Bett genässt.“ — (Juni 1897.) „ . . . Patientin spricht nicht, auch ihre Mutter, die sie wiederholt besuchte, konnte kein vernünftiges Wort mit ihr reden. Die Miene der Patientin hat den Ausdruck blöder Heiterkeit, Lächeln, oder der Gereiztheit und Verdrossenheit. Die Menses sind regelmässig vorhanden.“ (Dezember 1897.) „ . . . Wird täglich in die Tapeziererei mitgenommen, beschäftigt sich indessen gar nicht. Sie ist manchmal unreinlich, des Nachts wie am Tage. Häufig zeigt sie kurzdauernde Erregungszustände, in welchen sie schreit, flucht und scheltet, auf Tische und Bänke springt, die Türen aufreisst und zuschlägt, grob und brutal sich benimmt. Nachts vielfach unruhig und störend.“ Im Frühjahr 1898 war die Kranke längere Zeit wieder relativ ruhig, wurde auf eine bessere Abteilung versetzt; schon von Mai 1898 an aber wurde eine zunehmende Unsauberkeit und Unreinlichkeit beobachtet. Von Oktober 1898 an wird die Kranke gewalttätig und zerstörungssüchtig (z. B. 9. Oktober 1898): „ . . hat heute bereits drei Kleider zerrissen“ . . . „ist rauflustig, schreit und schimpft in verworrener Weise“. Wiederholt ist angegeben, dass das Verhalten der Kranken einen bestimmten, allerdings nicht ganz regelmässig periodischen Wechsel zeigte: an einem Tag läppisch-kindisch und mutwillig, am nächsten gewalttätig und brutal. Im allgemeinen nahm die Heftigkeit der Aufregungszustände zu bis Januar 1900. Von da

ab gewann wieder die Apathie und ein ruhiges, auf mechanische, gleichförmige Beschäftigung gerichtete Lebensweise die Oberhand. (August 1900.) „Bei Tage leidlich ruhig, wenn man ihr ein Strickzeug gibt; sonst stopft sie gerne Lumpen und dergleichen in den Mund und zertrümmert Fensterscheiben.“ (September 1900.) „ . . . hat sich bisher ziemlich gut gehalten, stets heiterer und lustiger Stimmung; wird in die Waschküche mitgeführt, mit wenig Erfolg.“ (April 1901.) „Das Mitführen der Patientin in die Waschküche wurde wieder aufgegeben, da sich die Kranke mehr störend als arbeitsam erwies; sie kriecht viel am Boden herum und steckt nach Art der Kinder alles in den Mund, was sie dabei findet. Bedarf vieler Pflege, muss an- und ausgekleidet werden etc. Häufig aufgeregt, schreit und schlägt zu, hat das Haar aufgelöst.“ (April 1902.) „ . . . Die Kranke hockt den ganzen Tag unbeschäftigt auf einer Bank, das Gesicht, welches gerötet und wie gedunsen erscheint, zu einem blöden Lächen verzogen. Bei einer Anrede wendet sie sich ab, antwortet nie etwas, höchstens ein unverständliches Gebrumm. Auch sonst ist sie höchst apathisch, schweigsam, ohne eine Spur von Interesse für alle Dinge, die um sie her vorgehen; etwa monatlich einmal ist sie einen oder einige Tage lang erregt; sie neckt dann gerne andere Kranke, lacht und kreischt laut, gibt zu Streitigkeiten Anlass. Eine Störung vegetativer Funktionen wurde nicht beobachtet. Die schon seit längerer Zeit bestehende Gewohnheit, mit Speichel zu schmieren, nimmt immer mehr überhand.“

Im November 1902 wurde die Patientin körperlich krank: sie bekam eines Tages plötzlich und anscheinend unmotiviert (äusserlich!) Anfälle von Schweratmigkeit, es stellten sich Ödeme an den unteren Extremitäten ein, die Temperatur des Körpers war subnormal, der Puls klein und ziemlich frequent, aber regelmässig. Die objektive Untersuchung, welche wegen des Widerstrebens der Patientin nur schwer auszuführen war, ergab sehr dumpfe, kaum hörbare Herztöne. Harn ohne Zucker und Eiweiss. Die Kranke erholte sich übrigens bei Bettruhe schon nach wenigen Tagen, musste aber während des ganzen Winters im Bett gehalten werden, da sich die Ödeme an den Beinen, die Schweratmigkeit und allgemeine Schwäche sofort einstellten, wenn die Patientin einige Tage aufgestanden war. Von Mai 1903 an änderte sich das körperliche Zustandsbild, ein heftiger und hartnäckiger Husten mit massenhaftem, citrigem, zähem Sputum befiel die Patientin, es stellte sich Fieber ein mit Abendtemperatur von 39,3 bis 39,6, Morgentemperatur 38,0 bis 38,7; die Kräfte verfielen rapid, das früher gerötete Gesicht wurde blass, die Schleimhäute cyanotisch, trotz reichlicher Nahrungsaufnahme magerte die Kranke in kurzer Zeit zum Skelett ab: kurz, sie zeigte die Symptome einer floriden Phthise. Bis Mitte Juli 1903 blieb das Fieber auf der angegebenen Höhe; seit Juni bestanden zeitweise Diarrhöen, welche gegen Ende Juli sich häuften, zugleich mit dem Verfall der Kräfte. Am 31. Juli trat der Tod ein, ohne stürmische Erscheinungen. Der Leib

war die letzten Tage hindurch stark aufgetrieben. Bezüglich des Geisteszustandes ist dem im vorhergehenden Gesagten nichts hinzuzufügen; nur die Zustände von Erregung schwanden gänzlich seit der organischen Erkrankung. Die Patientin lag in stumpfer, apathischer Ruhe; bei einem Besuche von seiten ihrer Mutter „erkannte sie dieselbe wohl, blieb aber der herzlichen Ansprache gegenüber ebenso gleichgültig wie bei anderen Fragenden". Die letzten acht Tage ungefähr vor ihrem Tode wurde die Kranke etwas gesprächiger, sie gab dem Arzte auf Befragen nach eventuellen Schmerzen, besonderen Wünschen etc., bereitwilliger und richtiger Antwort wie sonst. Das Bewusstsein war bis zum Tode erhalten.

Die Sektion der Leiche ergab eine ausgebreitete Tuberkulose beider Lungen mit Cavernenbildung und apfelgrossen verkästen Herden, Tuberkulose des Bauchfells und tuberkulöse Darmgeschwüre, ferner eine Hypoplasie des Herzens (Gewicht 162 g) Fettleber und allgemeine Anämie; das Schädeldach war beträchtlich dick und schwer, ohne Asymmetrien; die weichen Gehirnhäute zeigten sich leicht verdickt und milchig getrübt, mit der Dura in der Gegend der Stirn- und Schläfenwindungen leicht verwachsen, in den subduralen Räumen fand sich reichlich seröse Flüssigkeit. Das Gehirn selbst bot ausser beträchtlicher Erweiterung der Seitenventrikel und allgemeiner Blutleere nichts Positives für die makroskopische Untersuchung.

Bei diesem Fall bestand die Geistesstörung sicher bereits jahrelang vor der Aufnahme in die Anstalt: die in der Anamnese erwähnten Erscheinungen weisen auf einen bereits ziemlich entwickelten Schwachsinn der Patientin hin, übereinstimmend mit den Beobachtungen während der ersten Monate ihres hiesigen Aufenthaltes. Die Verblödung stand damals auf einer mittleren Stufe und bot eine Reihe von Symptomen, welche den von Hecker als typisch hebephrenische bezeichneten entsprechen. Hieraus entwickelte sich dann ohne deutlich begrenzten Nachschub ein höherer Grad von Demenz — der Unterschied vom ersten und zweiten Krankheitsstadium ist hier ziemlich verwischt. Kataleptische Erscheinungen kamen nicht zur Beobachtung, auch während der Perioden der Ruhe und Apathie bestand nicht echter Stupor; die Regelmässigkeit, mit der namentlich in den letzten Jahren die Erregungszustände auftraten, lassen einen Zusammenhang mit den Menses vermuten, doch konnte ein bestimmter Nachweis hiefür nicht erbracht werden. Die Arbeitsfähigkeit war bei dieser Kranken sehr gering, wohl deshalb, weil die Verblödung mit grosser Schnelligkeit und ohne längere Remission fortschritt und weil stets neue Erregungen die zur mechanischen Beschäftigung günstigen Ruheperioden unterbrachen.

Ein Krankheitsbild, das mit dem soeben erwähnten grossen Ähnlichkeit bietet, soll noch in Kürze skizziert werden:

11. W., ledige Gütlerstochter, im 19. Lebensjahr in der Irrenanstalt aufgenommen im Februar 1890.

Hereditäre Belastung nicht nachweisbar. Die Patientin selbst soll ein kräftiges und lebhaftes Kind gewesen sein, mit sechs Jahren aber eine „hitzige Krankheit“ durchgemacht und infolge derselben von ihrer Munterkeit verloren haben. Als Schulkind habe sie nach Angabe ihrer Lehrer eine unregelmässige Begabung an den Tag gelegt, gut im Lesen, Schreiben etc., jedoch schlecht im Rechnen. Später habe sie häusliche Arbeiten gut verrichtet, sei in nichts auffallend und von anderen Altersgenossinnen unterschieden gewesen, aber bereits im 14. Lebensjahr seien die ersten Erscheinungen geistiger Störung aufgetreten. Dieselben scheinen sich auf das religiöse Gebiet bezogen zu haben, und zwar in einem Mangel an Sinn für Religion seitens der Patientin, denn es wurde angegeben, man habe die Kranke „nicht mehr zur Christenlehre gehen lassen, da der Unterricht bei ihr erfolglos schien“. Die für die Angehörigen auffallendsten Symptome bestanden in hochgradiger motorischer Unruhe, die Patientin ging beständig hin und her, stellte Gegenstände von einem Platze zum anderen; sie redete sehr viel, äusserte Anzeichen von Sinnestäuschungen, schlief bei Nacht nicht, klagte viel über Kopfschmerzen, ass sehr wenig und musste sich nach acht Tagen zu Bett legen, da sie sichtlich matter wurde und „elend“ aussah. Die Menses waren in eben demselben Jahre, nicht lange vor dem Ausbrechen der genannten akuten Symptome, angeblich in normaler Weise aufgetreten, sistierten mit diesem Anfall und stellten sich später wieder ein, aber unregelmässig. Der Verlauf der Geistesstörung während der fünf Jahre bis zur Aufnahme in die Anstalt bot einen periodenweisen Wechsel von Ruhe und Erregung, wobei eine rasch zunehmende Verschlimmerung zu bemerken war: der erste, oben geschilderte Anfall hatte eine Dauer von ungefähr 14 Tagen gehabt, darauf folgten angeblich alle Monate Aufregungszustände dieser Art von acht Tagen Dauer, in der Zwischenzeit habe die Kranke gearbeitet wie früher. Allmählich aber seien die Remissionen immer kürzer, die Perioden der Erregung immer länger und heftiger geworden; mehrere Monate vor ihrer Verbringung in die Anstalt sei die Patientin Tag und Nacht unruhig und lärmend gewesen, habe sich zerstörungssüchtig, grob und gewalttätig selbst gegen ihre Angehörigen gezeigt, so dass dieselben für ihre Sicherheit fürchteten und sie nicht mehr im Hause behalten konnten.

Die ersten Wochen nach ihrer Aufnahme benahm sich die Patientin höchst erregt, zerstörungssüchtig, abweisend gegen jedermann, Tag und Nacht unruhig, jeder Anfrage und Untersuchung unzugänglich; dann aber beruhigte sie sich und bot dann das Bild eines mittleren Schwachsinns typisch-hebephrenischen Charakters. (Krankengeschichte 1890.) „. . Patientin zeigt einen entschiedenen Erregungszustand, indem sie eine gewisse läppische, moria-artige Unruhe an den Tag legt, sie läuft bei einer Anrede unter lebhaftem, schalkhaftem Lächeln plötzlich von einem weg und wieder-

holt dieses Beginnen jedesmal, sobald man sich ihr zu nähern versucht; Äusserungen sprachlicher Art konnte Referent von ihr noch nicht vernehmen; auch bei der Feldarbeit, an der sie seit Mitte März dieses Jahres teilnimmt und wobei sie gar nichts leistet, ist sie recht unstet, läuft und springt in ausgelassen lustiger Weise herum, achtet dabei auf keinen Zuruf und keine Mahnung. Sie macht im ganzen einen recht verblödeten Eindruck. Das körperliche Befinden ist ungestört.“ Pathologische Veränderungen innerer Organe, Missbildungen, Degenerationssymptome etc. konnten auch später, als die Kranke der objektiven Untersuchung zugänglicher geworden war, nicht nachgewiesen werden.

Während der Jahre 1890, 1891 und 1892 wurde sie regelmässig zur täglichen Beschäftigung mitgenommen, im Frühling und Sommer zur Feldarbeit, während der schlechten Jahreszeit zu mechanischer Handarbeit in der Tapeziererei. Der Ernährungszustand war stets gut, psychisch war ein apathisches stumpfes Wesen vorherrschend, welches ganz unregelmässig durch einige Tage der Erregung unterbrochen wurde. Im Februar 1893 stellte sich ein Erregungszustand von bisher nicht beobachteter Heftigkeit ein: „ . . . Patientin ist seit einigen Tagen höchst ausgelassen, sie tollt herum, lacht, löst ihre Haare auf, versuchte Fenster einzuschlagen, griff den Arzt, der sie beruhigen wollte, an; kann nicht mehr beschäftigt werden. Nachts unruhig und unrein.“ Dieser Zustand dauerte etwa 14 Tage, dann kam eine etwas längere Periode apathischen Hinbrütens; im allgemeinen waren die Sommer- und Herbstmonate des Jahres 1893 und die ersten Monate 1894 reich an solchen Erregungsperioden, die Fähigkeit zur geregelten Beschäftigung dadurch sehr eingeschränkt. Schon im Dezember 1892 wird angegeben, dass „die Verblödung in den letzten Monaten Fortschritte gemacht hat“; noch mehr ist dies betont vom Mai 1894 an. Von da an wird die Kranke mehr und mehr unordentlich und unsauber in ihrer Bekleidung, sie zeigt kein Interesse für irgend eine Beschäftigung, das lebhafte, kindisch-heitere Wesen verschwindet und macht einer mürrischen Gleichgültigkeit Platz. In den Phasen der Aufregung lärmt sie Tag und Nacht, schmiert mit Kot und Harn, zieht die Kleider aus etc. In der Zeit der Apathie zeigt sie nicht einmal für die täglichen Lebensbedürfnisse, Essen und Trinken, mehr Interesse, sitzt zusammengekauert in einer Ecke, reagiert auf keine Anrede, selten ist ein blödes Lächeln wahrzunehmen. Sie muss zur Nahrungsaufnahme aufgefordert werden, an- und ausgekleidet, gewaschen und frisiert werden. Dieser Zustand höchster Verblödung vollzog sich während der Jahre 1895 und 1896 ganz allmählich, gleichsam durch langsamen Zerfall der geistigen Fähigkeiten. Während der folgenden Zeit war eine wesentliche Änderung nicht mehr wahrnehmbar, nur begann das körperliche Befinden sich zu verschlimmern. Im Jahre 1902 war das Aussehen der Patientin blass und anämisch, sie litt zeitweise an geschwürigen Affektionen der Füsse. Vom März 1903 an stellte sich eine nach-

weisbare organische Erkrankung ein: die Patientin zeigte abendliche Temperatursteigerungen von 38,4 bis 38,8, morgens 37,2 bis 37,0, beschleunigten Puls; die rechte Lunge gab bei Perkussion gedämpften Schall, zeitweise traten profuse Diarrhöen auf. Die Krankheit war als Lungentuberkulose zu betrachten, Husten und Sputum fehlten aber gänzlich. Während der Monate April und Mai dauerten diese Symptome an unter rapidem Kräfteverfall; der Verlauf des Fiebers, die Diarrhöen sowie der objektive Befund auf den Lungen waren phthisischer Art. Am 5. Juni 1903 starb die Patientin und die Obduktion bestätigte die Diagnose. Die rechte Lunge war vollständig luftleer, es fanden sich beinahe faustgrosse gleichmässig verkäste Partien, im oberen Teil ebenso grosse Cavernen; die linke Lunge war im Oberlappen von derselben Beschaffenheit, nur der Unterlappen enthielt noch normales Gewebe. Die Bronchialschleimhaut war beiderseits stark injiziert und mit Schleim bedeckt. Das Brustfell war an den affizierten Stellen der Lunge schwartig verdickt, kurz es bestanden die gewöhnlichen Veränderungen einer hochgradigen Phthise. Ausserdem fand sich Tuberkulose des Bauchfells, die Dünndarmschlingen bildeten mit dem Genitalapparat einen stark verwachsenen Knäuel. Darmgeschwüre waren nicht vorhanden. Das Herz war sehr klein, von schlaffer Muskulatur (179 g schwer). Das Gehirn war sehr blutleer, die Seitenventrikel etwas erweitert, die weichen Gehirnhäute leicht verdickt und milchig getrübt, sonst ohne Besonderheiten. Schnitte durch die zentralen Ganglien, Pons, Medulla etc. liessen nirgends eine makroskopisch sichtbare Spur von Blutaustritten, sklerosiertem oder erweichtem Gewebe wahrnehmen.

Der Geisteszustand während der körperlichen Krankheit war im wesentlichen genau derselbe wie jahrelang vorher, nur äusserlich etwas beeinflusst durch die grosse Schwäche und Hinfälligkeit: die Perioden der Erregung waren natürlich in ihrer Heftigkeit bedeutend abgeschwächt, aber doch deutlich markiert; das sonst fahle Gesicht rötete sich, die Kranke richtete sich in sitzende Stellung auf, murmelte wirres, unverständliches Zeug vor sich hin, war nachts schlaflos und unruhig; die Dauer der Erregung betrug zwei Tage, etwa zweimal innerhalb dreier Monate trat dieselbe auf. Sonst lag die Patientin zusammengekauert in ihrem Bett, ganz apathisch und teilnahmslos, jedoch nicht stuporös; sie sah den Arzt beim Besuche an, leistete bei der Untersuchung einen gewissen Widerstand, wobei sie ein mürrisches, abweisendes Gebaren zur Schau trug, bot nie Anzeichen kataleptischer Symptome. Während des ganzen Krankheitsverlaufes wurde trotz sorgfältiger Beobachtung nicht ein einzigesmal Husten nachgewiesen, ebensowenig konnte eine Probe von Sputum zur Untersuchung erbracht werden. Die Menses, welche bis zum Ausbruch der Phthise zwar schwach, jedoch seit Jahren regelmässig waren, hörten mit Zunahme der allgemeinen Schwäche auf.

Bei dieser Kranken kommt in sehr jugendlichem Alter und im angeblichen Zusammenhang mit dem Eintritt der Menses die Geistesstörung

in einer für die Umgebung wahrnehmbaren Weise zum Ausbruch; schon im 19. Lebensjahre ist ein mittlerer Grad von Schwachsinn — wie im vorhergehenden Falle — ausgebildet, welcher allmählich, ohne deutlich umgrenzten Nachschub, bis zur völligen Verblödung sich vertieft; im Krankheitsverlauf zeigt sich wieder der periodische Wechsel von Ruhe und Erregung. Die Arbeitsfähigkeit bleibt relativ lange erhalten und ihre Abnahme geht Hand in Hand mit dem Verfall der Geistestätigkeit.

Die von 1 bis 11 aufgeführten Fälle bieten ziemlich gleichförmige und an Einzelsymptomen wenig reiche Bilder, immerhin lassen sich die allgemeinen Erscheinungen der Dementia praecox und die typisch hebephrenischen Merkmale nachweisen; weniger allgemein vorhanden, oft nur angedeutet oder nur kurze Zeit dauernd finden sich jene charakteristischen Symptome, welche als katatonische bezeichnet werden: Stereotypien der Haltung und der Handlungsweise, Negativismus, echter Stupor, u. s. w. Bei manchen dieser jugendlichen Verblödungsprozesse treten aber neben hebephrenischen auch katatonische Eigentümlichkeiten in solchem Masse auf, dass wenigstens in gewissen Phasen des Krankheitsverlaufes eine Unterscheidung zwischen beiden erschwert ist. Zu diesen gehören die nächstfolgenden Fälle.

12. M., lediger Ausgeher, im 16. Lebensjahre in die Anstalt aufgenommen im April 1900.

Erbliche Belastung ist nicht nachweisbar; der Vater, Postbote, ist angeblich gesund; die Mutter ist an unbekannter Krankheit gestorben, von anderen Familienmitgliedern ist nichts auf Geisteskrankheit bezügliches bekannt.

Bezüglich des Kindesalters des Patienten ist nichts Besonderes angegeben, keine schweren Kinderkrankheiten, keine intellektuellen oder moralischen Defekte; spätere Untersuchung in der Anstalt ergaben die gewöhnlichen Schulkenntnisse, welche trotz der geistigen Störung noch sehr erheblich waren, körperlich fanden sich keine Degenerationssymptome oder Spuren überstandener Krankheiten.

Die ersten Anzeichen geistiger Krankheit gingen wahrscheinlich unbeachtet vorüber; der Patient selbst gab später in glaubwürdiger Weise an, dass er kurz vor seiner Verbringung in die Anstalt an heftigen Kopfschmerzen gelitten habe. Es scheinen dann sogleich heftige Erregungsanfälle aufgetreten zu sein, da der Kranke wegen Gemeingefährlichkeit polizeilich eingewiesen wurde.

Bei seiner Aufnahme in der Anstalt und die darauf folgenden drei Wochen zeigte der Kranke heftige Erregtheit, welche sich bald in ausgelassener Heiterkeit, bald in zorniger Gereiztheit, oder auch in Weinen und Jammern äusserte, alles in jähem Wechsel, ohne sichtliche Motivierung. Dabei bestand lebhafte motorische Unruhe. „Der Patient lacht, johlt und

tanzt im Saal umher, dazwischen brach er einmal in Tränen aus. Er scheint verwirrt, auf Fragen antwortet er langsam und träge, oft ganz unrichtig." . . . „Hat abends gut, aber sehr langsam gegessen. Ist heute in beständiger Bewegung, macht sonderbare, marionettenhafte Bewegungen, grimassiert und gestikuliert heftig. Nachts ruhig; nässt sich ein." „Äfft Mitkranke nach, rennt oft planlos umher, die sonderbarsten Gesten ausführend." Die in den Antworten und bei der Ausführung geregelter Handlungen erwähnte Hemmung (z. B. beim Essen) ging einige Tage in völligen Stupor über. „Der Kranke schläft viel oder steht apathisch, wortlos umher, vor sich hin ins Leere starrend." „Der Patient ist zeitweise stuporös mit Andeutung von Flexibilitas cerea." . . . „Der Patient masturbiert häufig in schamloser Weise; zerreisst Kleidungsstücke. Manchmal lacht er ganz unmotiviert unbändig; auf Fragen gibt er keine oder nur ganz widersinnige Antworten, meist hat er nur sein blödes Lachen." Diese Angaben bietet die Krankengeschichte während der ersten drei Wochen in buntem Wechsel: im allgemeinen ist eine täppische Ausgelassenheit vorherrschend, welche zeitweise durch stuporöse, kurzdauernde Zustände unterbrochen wird. Die angegebene „Verwirrtheit" dürfte wohl ebenfalls darauf zurückzuführen sein, sowie die verkehrten Antworten; denn er verlangte Briefpapier und schrieb, allerdings „nur eine Zeile", jedoch „verlangte er darin seine Entlassung aus der Anstalt" — ganz im Widerspruch mit seiner sonstigen Desorientiertheit.

Die körperliche Untersuchung ergab gesunde innere Organe, normal gebauten Körper ohne Degenerationserscheinungen; nur die geschlechtliche Entwicklung erschien im Rückstand, der Patient stand offenbar erst am Beginn der Pubertät. „ . . . die Gesichtszüge, Kehlkopf und Genitalien zeigen noch ganz puerilen Typus." Die Sehnenreflexe waren „wohl auslösbar, Pupillen auf Lichteinfall reagierend".

Der oben erwähnte Erregungszustand liess allmählich nach; von Mitte Mai ab verhielt sich Patient wesentlich ruhiger und begann zu arbeiten, doch erschien er noch immer als „sehr naseweis und vordringlich". Von Juni an äusserte er Krankheitseinsicht und arbeitete fleissig; ein eigentümlich „starrer, unsicherer Blick" wird aber auch noch später an ihm bemerkt. Im September wurde er nach Hause abgeholt; er bot die letzten Monate seines Aufenthaltes in der Anstalt nichts Besonderes mehr, als dass er zeitweise mürrisch und verdrossen war, weil er so lange nicht entlassen wurde, im übrigen stets ein fleissiger Arbeiter und ordentlichen Benehmens.

Nach vier Monaten wurde der Kranke wieder in die Anstalt gebracht; leider fehlen Angaben über sein Verhalten während der Zeit seines Aufenthaltes zu Hause. Bei dieser (zweiten) Aufnahme war der Patient stuporös und verharrte in diesem Zustande mit geringen Unterbrechungen fast fünf Monate lang (von Januar bis Ende Mai 1901.) „Der Patient sitzt zusammengekauert, stumm und reaktionslos, stuporös umher, antwortet nicht; ab und zu lacht er laut auf. Der Blick ist starr, ab und zu ist eine Andeutung

von Flexibilitas cerea wahrnehmbar. Der Puls ist frequent. Vegetative Anomalien bestehen nicht.“ (Februar 1901.) „Der Kranke ist fortgesetzt ganz stuporös; passiven Bewegungen setzt er mässigen Widerstand entgegen; spricht kein Wort, auf eindringliche Fragen reagiert er sehr träge durch Augenaufschlag. Er liegt zu Bett, nässt sich mehrfach ein. Die Nahrungsaufnahme erleidet vielfach Unterbrechung.“ (März 1901.) „Patient verharrt die meiste Zeit in einem Spannungszustande, setzt dann passiven Bewegungen grossen Widerstand entgegen. Ist unrein; Nahrungsaufnahme oft mangelhaft.“ Von Mitte April an wurde der Stupor zeitweise durch plötzliche Erregungsanfälle unterbrochen, in denen der Kranke „das Hemd auszog und nach dem Pfleger schlug“; ab und zu äusserte er einige Worte, reagierte auf Anrufen. Einmal sprach er von „vergiftet werden“, doch konnte späterhin keine derartige Äusserung einer Wahnidee mehr beobachtet werden. Nach Mitte Mai war Patient den grössten Teil des Tages stuporös, doch hatte der Negativismus nachgelassen; der Kranke konnte das Bett verlassen, mit Hilfe eines Pflegers im Saale umhergeführt werden; sonst sass er mit gesenktem Kopf auf einer Bank, auf keine Anrede reagierend; manchmal lächelte er, manchmal weinte er vor sich hin. Von Juni an verschwand der stuporöse Zustand: der Kranke ging mit zur Beschäftigung, arbeitete ziemlich fleissig — allerdings nur in ganz mechanischer Weise, indem er Holz sägte. Die Gemütsstimmung wie der Gesichtsausdruck zeigte eine heitere Gleichgültigkeit, fast beständiges blödes Lächeln. Auf Anreden gab er kurze Antworten, klar und wohl orientiert, aber ein Gespräch zu führen war unmöglich; der Patient lächelte bei längeren Fragen nur vor sich hin und gab sich offenbar keine Mühe, eine Antwort zu geben. Wiederholt verlangte er Lektüre; er las angeblich an einem einzigen Nachmittage mehrere Bändchen durch, und als ihn Referent dabei beobachtete, zeigte es sich, dass der Patient langsam ein Blatt nach dem anderen umschlug, auf Verlangen auch einige Zeilen laut las, hernach aber nicht die geringste Ahnung von dem Inhalt des Gelesenen, nicht einmal von dem darin behandelten Gegenstande hatte. Im Verlaufe des Sommers wurde der Patient auf die „freie Abteilung“ versetzt, er ging täglich zu oben erwähnter Beschäftigung mit und war stets fleissig, dabei immer heiterer Stimmung, zeigte aber für gar nichts ein besonderes Interesse; während er bei seinem ersten Aufenthalte in der Anstalt mit fortschreitender Besserung immer dringender nach Hause verlangte, mürrisch und verdrossen wurde, als sich die Entlassung verzögerte, machte er diesesmal keine einzige derartige Äusserung, fragte auch nie nach seinem Vater oder bewies anderweitig Teilnahme an seinen Angehörigen. Das körperliche Befinden, Aussehen und Ernährungszustand, welche während des stuporösen Zustandes erheblich gelitten hatten, besserten sich schnell; es bildete sich allmählich eine Überernährung bei dem Patienten aus, das Gesicht, die Wangen namentlich wurden rund und fettglänzend, der ganze Körper dick und

schwerfällig, was sich besonders beim Gehen bemerkbar machte. Ein bemerkenswerter Zustand von Erregung wurde während dieser Zeit bis November nicht beobachtet.

Anfang Novembers trat plötzlich und unmotiviert eine Wiederholung der Erscheinungen, wie sie kurz nach der zweiten Aufnahme zu Anfang dieses Jahres bestanden hatten, auf; der Kranke war stuporös, mutacistisch, zeigte sich widerstrebend, bot vielfach Stereotypien der Haltungsweise; aber der stuporöse Zustand dauerte nur wenige Tage, dann verschwand er plötzlich und machte einer ausgelassenen Heiterkeit, Neigung zu Bübereien, Necken harmloser Mitpatienten, blödem Lachen und unsinnigem Umhertanzen Platz; zeitweise war der Kranke auch grob und reizbar, griff Pfleger und Mitkranke an; dazwischen war er auch wieder ruhig und arbeitete fleissig.

Dieser Wechsel wurde mehr und mehr stetig, nur gingen die stuporösen Symptome allmählich zurück, und von Januar 1902 an waren sie selten mehr zu beobachten. Perioden von unregelmässiger Dauer und Intensität entwickelten sich in einem ziemlich gleichförmigen Krankheitsbilde; meist war der Patient apathischer, teilnahmsloser Stimmung, lächelte blöde vor sich hin, gab auf Befragen keine oder nur ganz kurze Antwort mit „ja", „nein". „Ich weiss nicht"; ging dabei regelmässig zu seiner mechanischen Beschäftigung mit. Ohne Anlass wurde er plötzlich erregt, tanzte ausgelassen lachend, oder singend im Saale umher, dabei in ganz stereotyper Weise dieselben Bewegungen und sonderbaren Gestikulationen wiederholend; bei der geringsten Reizung durch einen Mitpatienten wurde er grob und gewalttätig, liess sich aber ebenso schnell beruhigen. Auf Befragen nach dem Grunde seiner Handlungsweise antwortete er meistens nicht, manchmal aber gab er einige sinnlose, phrasenhafte Sprüche zur Antwort. In der Periode der Erregung, welche bald einen, bald drei bis vier Tage dauerte, ging er nicht mit zur Arbeit. Das körperliche Befinden war nie beeinträchtigt.

Im allgemeinen verschwand das Heitere und Harmlose mehr und mehr aus dem Benehmen des Patienten. Im August 1902 z. B. heisst es in der Krankengeschichte: „Meist scheu und verschlossen, gegen Mitpatienten oft heimtückisch und boshaft. Ab und zu stärker erregt, zeigt dann grössere motorische Unruhe, läuft, den Kopf vorüber gebeugt, im Saale hin und her, stösst bald den, bald jenen aus dem Weg; in der Nacht oft lärmend, geht aus dem Bett, steht in den Ecken umher, nässt sehr oft das Bett und die Kleider." (Dezember 1902.) „Patient zeigt fortschreitenden Verblödungsprozess; in der Unterhaltung ist er wenig mitteilsam, lacht auf längeres Einreden blöde vor sich hin, ist öfters unrein, meist mit Harn, nachts oft lärmend; bei Tage sitzt er oft stundenlang im Saal in eine Ecke stierend, die Hände in den Hosentaschen, halluciniert ab und zu, was aus seinen dann mehr gespannten Gesichtszügen und den lauschenden Bewegungen zu erkennen ist; Mitteilungen hierüber macht er nicht." (Januar

1903.) „In letzter Zeit onaniert Patient bei Tage ohne jede Scheu, lacht blöde, als Mitpatienten ihren Unwillen darüber ausdrücken. Im Holzstadel öfters stundenlang ohne etwas zu arbeiten, . . . schaut blöde und teilnahmslos darein.“ (April 1903.) „Gerät heute in Streit mit einem Mitpatienten, kommt schnell zu Tätlichkeiten.“

In dieser Weise dauert der Geisteszustand des Patienten zur Zeit noch fort, im wesentlichen unverändert, indem das Fortschreiten der Verblödung ganz allmählich vor sich geht und nur durch den Vergleich des Krankheitsbildes in längeren Zwischenräumen zu konstatieren ist. Das körperliche Befinden ist stets ungestört, das Aussehen ist fett und wohlgenährt, doch ohne guten Allgemein-Eindruck, da der Kranke sich unsauber hält, seine Kleider nicht in Ordnung lässt etc. Die Pubertätsentwicklung welche, wie oben erwähnt, beim Ausbruch der Geistesstörung noch nicht sichtlich vorgeschritten war, hat sich seither vollzogen.

Das vorliegende Krankheitsbild zeigt die ersten Stadien eines in frühem Alter beginnenden schweren Verblödungsprozesses. Trotz der mangelhaften Anamnese (welche auch späterhin nicht zu ergänzen war), lässt sich wohl schliessen, dass der Patient nicht von Kindheit an imbecill war: aus den noch vorhandenen Schulkentnissen, aus seinem Beruf als ländlicher „Ausgeher“, welcher doch ein gewisses Mass von Intelligenz und namentlich von Redlichkeit und Ordnungssinn verlangt, also einen bedeutenden moralischen Defekt nicht mit Wahrscheinlichkeit annehmen lässt.

Der Beginn der Erkrankung fällt zusammen mit dem der Pubertätsentwicklung; eine Ursache wird nicht angegeben. Der Patient erinnert sich später angeblich nur an heftige Kopfschmerzen, welche in Verbindung mit Verstimmung und Reizbarkeit in der Tat häufig den schweren Erscheinungen vorausgehen.

Der Krankheitsverlauf lässt sich in mehrere Phasen einteilen: erst ein akutes, an stürmischen Symptomen reiches, ziemlich kurzes Stadium, welches in scheinbare Heilung übergeht, jedenfalls nur unauffällige Defekte zurücklässt; darauf ein schwerer Nachschub, in dem das akute Stadium gleichsam verstärkt in allen Einzelheiten sich wiederholt; derselbe hinterlässt einen ausgeprägten Schwachsinn hebephrenischen Charakters. Der Zustand bleibt eine geraume Zeit stabil und wird dann durch einen zweiten Nachschub unterbrochen, welcher zeitlich weniger scharf abzugrenzen ist wie der erste, auf den Geisteszustand aber von nicht geringerem Einfluss ist als jener: die Verblödung nimmt erheblich zu, es treten Schwankungen zwischen Ruhe und Erregung auf, welche zwar nicht regelmässig sich einstellen (wie bei den im vorausgehenden beschriebenen weiblichen Kranken), jedoch immer noch einen wesentlichen Teil der Beobachtung bilden. Während der akuten Perioden sind katatonische Symptome vorherrschend: Stereotypien der Haltung und Bewegung, Katalepsie, Negativismus (Wider-

stand gegen passive Bewegungen, Mutacismus, Stupor, welcher durch plötzliche Erregungsanfälle unterbrochen wird; im „chronischen“ Stadium hingegen treten die hebephrenischen Eigentümlichkeiten in den Vordergrund: heitere Stimmung, Mangel echter Affekte, blödes, unmotiviertes Lachen, Neigung zu kindischen Streichen und Bübereien u. s. w. Das Fortschreiten der Verblödung geht sehr rasch: zur Zeit des zweiten Nachschubes ist der Patient erst 18 Jahre alt! Auch bei ihm ist (wie bei vorhergehenden Fällen) mit dem Abnehmen der Geisteskräfte wachsende Roheit und Gewalttätigkeit zu beobachten. Die Arbeitsfähigkeit ist immerhin als eine relativ gute zu bezeichnen.

13. M., lediger Schlosserlehrling, im 18. Lebensjahre in der Irrenanstalt aufgenommen im Februar 1900.

Erbliche Belastung ist nicht nachweisbar; der Vater starb an Nierenkrebs, die Mutter ist am Leben und angeblich gesund. Auch von anderen Familienmitgliedern ist nichts auf Geisteskrankheit bezügliches bekannt.

Der Patient selbst soll als Kind keine schwerere Krankheit durchgemacht, in der Schule gewöhnliche Begabung gezeigt haben. Nach dem Verlassen der Schule ging er in die Lehre zu einem Schlosser; von diesem und noch von einem zweiten liegen Zeugnisse vor, welche, sowohl was Geschicklichkeit und Fleiss als Betragen anlangt, sehr gut lauten.

Die ersten Anzeichen geistiger Störung traten (nach Angabe des ärztlichen Einweisungszeugnisses) im November 1899, also im 17. Lebensjahre des Patienten, auf, und äusserten sich in Depression des Gemütes, Sinnestäuschungen und Wahnideen im Sinne des Verfolgungswahnes: der Patient wurde scheuer, gedrückter und ängstlicher Stimmung, arbeitete nicht mehr, weil er, wie er angab, fürchtete, angegriffen zu werden; nachts schlief er nicht, versteckte sich unter die Bettlade. In das Krankenhaus verbracht, entfloh er alsbald nachts durch das Fenster; er versicherte, Kettengerassel, Flüstern von Stimmen gehört, furchterregende Gesichter gesehen zu haben. Da der Zustand sich immer mehr verschlimmerte, wurde der Kranke in die Irrenanstalt verbracht.

Die Untersuchung nach der Aufnahme daselbst ergab bezüglich des Körperzustandes nichts krankhaftes, nur die Gesichtsfarbe war etwas blass; die Pupillen reagierten prompt auf Licht, die Sehnenreflexe waren auslösbar, die inneren Organe ohne pathologischen Befund; der Körperbau erschien regelmässig, von schlankem, beinahe gracilem Habitus, ohne Entwicklungshemmungen und Degenerationserscheinungen. Ebensowenig fanden sich Residuen einer etwa früher überstandenen Krankheit.

Der Geisteszustand zeigte während der ersten 14 Tage eine schwankende, der Hauptsache nach heitere Gemütsstimmung, erhaltene Orientierungs- und Auffassungsfähigkeit, leichte Hemmung des Denkvermögens, mässige

Erregung. (Februar 1900.) „ . . . Der Gesichtsausdruck des Patienten ist starr, der Blick unstät, oft aber, wie lauschend, auf eine bestimmte Stelle gerichtet . . . Patient ist völlig orientiert über Ort und Zeit, jedoch fällt leichte Denkhemmung und Schwerbesinnlichkeit auf: die Antworten erfolgen langsam, nicht prompt. Die Affekte wechseln rasch, bald ist Patient heiter bald weinerlich gestimmt . . . er lacht viel und unmotiviert. Bei Nacht schläft er schlecht, gibt keinen Grund hiefür an. Sinnestäuschungen stellt er in Abrede. Die Aufnahme der Nahrung geschieht unregelmässig, an einem Tage isst Patient reichlich, an anderen verweigert er die Nahrung teilweise.“ In manchen Äusserungen zeigt sich ein lächerliches Selbstbewusstsein: er will z. B. keine Lektüre, „weil doch nur alles Schwinde sei“; ebenso verschmäht er Unterhaltung mit anderen Kranken. Sein Benehmen ist oft auffallend kindisch und albern; z. B. „. . Patient kroch nachmittags längere Zeit auf dem Boden herum und verlangte Haselnüsse.“

Am 1. März 1900 änderte sich das Krankheitsbild und wurde fast rein katatonisch: „Der Patient war morgens dem Arzte gegenüber mürrisch, wortlos, abweisend; . . nachmittags lag er schlaff zu Bett, die Augen weit geöffnet und auf einen Punkt gerichtet, den Mund teilweise geöffnet. Infolge mangelnder Schluckbewegung kam es zu reichlicher Speichelansammlung im Munde und Salivation. Passive Bewegungen stiessen mittags auf keinen Widerstand, die erhobene Extremität fiel schlaff und schwer nieder; abends setzte er passiver Bewegung mehr Widerstand entgegen, so dass besonders die oberen Extremitäten deutlich das Symptom der Elexibilitas cerea zeigten Beim Herantreten des Arztes an das Bett unterbrach der Patient für einen Moment durch unwilliges Murren und Abwenden des Kopfes den katatonischen Zustand. Abends versuchte er plötzlich nach ihm zu spucken und zeigte dann ein ähnliches Lächeln wie ungezogene Kinder. Die Nahrungsaufnahme wird andauernd verweigert.“ (2. März 1900.) „Heute spricht Patient unverständliches Zeug, halluciniert offenbar: da könne man freilich nicht essen, wenn einem die Zunge herausgeschnitten sei, Salzsäure umhergeschüttet werde. Bei Berührung schrie er hell auf, zeigte sich sehr ängstlich. Spuckt und uriniert aus dem Bett auf den Fussboden. Abends lief er nackt im Saale umher, riss an der Ventilation herum.“ (3. März.) „Am Morgen völlig schlaff und bewegungslos. Cyanose der Hände. Reichliche Salivation; Ausspucken von Blut und eitrigen Sputum, infolge Stomatitis. Mutacismus; Abstinenz.“ (4. März.) „Patient nimmt etwas Nahrung zu sich: Nachmittags wurde der Stupor durch lautes Reden unterbrochen.“ In diesem Wechsel von Stupor und Erregung verharrt der Kranke den ganzen Monat März hindurch; die Gemütsstimmung in den luciden Momenten ist fast durchweg mürrisch; wiederholt werden Anzeichen von Sinnestäuschungen, darunter solche des Geschmackes und Geruches beobachtet; von Äusserungen entsprechender Wahnideen ist nichts angegeben. Die Salivation und dadurch

verursachte Stomatitis hält an; die Nahrungsaufnahme ist sehr unregelmässig, aber zur Not hinreichend.

Von April 1900 an werden die Perioden des stuporösen Zustandes länger und überwiegen an Dauer die luciden Zeiten, in welch letzteren der Patient wieder „ein ähnliches Verhalten an den Tag legt wie bei der Aufnahme in die Anstalt". Er nimmt dann sehr reichlich Nahrung zu sich, welche in der Katalepsie ganz oder grossenteils zurückgewiesen wird, ist ausgelassen heiterer Gemütsstimmung: „ . . . weiss vor Übermut nicht, was er anfangen soll, neckt Mitpatienten, nimmt ihnen Sachen weg, geht beständig umher." Im Juni 1900 waren 14 Tage lang keine stuporösen Zustände mehr aufgetreten, so dass Patient versuchsweise zur Beschäftigung mitgenommen wurde; bald darauf aber dehnten sich dieselben zu wochenlanger Dauer aus; von Ende August 1905 an wird Sondenernährung notwendig, da die selbständige Nahrungsaufnahme immer mehr zurückgeht. Der Patient reagiert während des Stupors auf kein Anrufen, spricht und bewegt sich nicht, lässt Kot und Harn unter sich gehen; bei passiven Bewegungen der Extremitäten zeigt die Muskulatur noch einige Spannung, so dass zeitweise das Symptom der Flexibilitas cerea hervorgerufen werden kann. Die anfangs beobachteten plötzlichen Unterbrechungen dieses Zustandes durch anfallsweise Erregungen traten seit längerer Zeit nicht mehr auf. Der Kranke hat angeblich für den ganzen Zeitraum des Stupors vollständige Amnesie.

Seit Ende des Jahres 1900 bietet der Patient folgendes, bis heute unverändertes Krankheitsbild:

Er liegt zu Bett, die Augen geschlossen, die Extremitäten schlaff hängen oder liegen lassend; öffnet man die Augen, so erscheinen die Pupillen ad maximum erweitert, auf Lichteinfall allerdings reagierend; die Augendeckel bleiben einige Zeit geöffnet, der Blick ist starr ins Leere gerichtet, ohne Ausdruck. Bringt man die Extremitäten aus ihrer Lage, so fühlt man keinen Widerstand, sie fallen, wenn der Stützpunkt nachlässt, schwer auf das Bett zurück. Weder auf Anrufen, noch auf Berührung reagiert Patient in irgend einer Weise; bei der Sondenernährung, welche regelmässig in Anwendung kommt, erfolgt kein Widerstreben. Das Gesicht ist wachsartig bleich, fast stets ohne Ausdruck, manchmal wie zu einem flüchtigen Lächeln verzogen. Eine spontane Bewegung wird fast nie beobachtet, höchst selten, dass der Kranke einmal den Kopf wendet, sonst geschehen alle Lagenveränderungen passiv. Bei flüchtiger Beobachtung bietet der Patient den Anblick eines tief Schlafenden. Dieser Zustand dauert meist drei, mitunter auch vier bis fünf Wochen, selten weniger als zehn Tage; dann erwacht der Kranke, fast eben so schnell wie ein Schlafender, zu irgend einer Tageszeit, oft mitten in der Nacht, erhebt sich dann gewöhnlich vom Bette und fängt an (am Tage) im Saale umherzugehen und Pfleger oder Mitpatienten um Brot oder sonstige Esswaren zu bitten,

wobei er grossen Appetit an den Tag legt. Er ist bezüglich Ort und Personen völlig orientiert, auf Fragen einfacher Art gibt er logische, zusammenhängende Antworten, die Gemütsstimmung ist meist heiter, zeitweise kindisch-ausgelassen, manchmal reizbar: im allgemeinen bietet der Patient das typische schwachsinnige Benehmen, wie es bei vorhergehenden Fällen beschrieben ist: Aufdringlichkeit, Neigung zu Kindereien und kindischen Streichen, sonst Interesselosigkeit, Mangel an Affekten. Schon im Jahre 1901 ergab eine Intelligenzprüfung „hochgradigen Schwachsinn"; Patient war damals schon „nicht mehr imstande, die einfachsten Rechenexempel zu lösen". Im August 1902 „erhielt er den Besuch einer Tante; er kannte dieselbe gar nicht! Er schien sein Gedächtnis anzustrengen, was ihn derart erschöpfte, dass er im Besuchszimmer schlaff werden zu wollen schien". Für die Zeit seines stuporösen Zustandes besitzt er keine Erinnerung und kein Schätzungsvermögen; dies sowie seine Interesselosigkeit sind wohl die Ursache seiner Desorientiertheit bezüglich Zeitverhältnisses. Die Dauer der luciden Periode ist nur kurz, sie währt oft nur wenige Stunden, selten zwei bis vier Tage; dann versinkt der Patient ebenso schnell wie das Erwachen war, in irgend einer Stellung oder Lage, ohne nachweisbare Ursache in den schlafähnlichen Stupor zurück. Das körperliche Befinden wurde bisher durch keine nennenswerte Erkrankung gestört; der Ernährungszustand ist ein mässiger, die Hautfarbe blass und blutleer, das Aussehen ist wie gedunsen. Der Gesichtsausdruck (während der luciden Perioden) ist ein kindisch-blöder und kontrastiert auffallend mit dem beginnenden starken Bartwuchs.

Wahnideen äusserte der Patient innerhalb der letzten Jahre nicht, auch Sinnestäuschungen kamen nicht mehr zur Beobachtung. Ebenso fehlen stärkere Erregungszustände, der Kranke ist im allgemeinen harmlos und macht keine Störung auf der Abteilung.

Dieser Fall 13 unterscheidet sich im Beginn der Erkrankung nicht von den vorher hier beschriebenen: das Alter des Patienten, die früh einsetzende Verblödung und der kindisch-läppische Charakter derselben sind hebephrenischer Art. Im weiteren Verlaufe aber ändert sich das Krankheitsbild und nimmt die typische Form der Katatonie an. Verschiedene wichtige Symptome dieser Psychose, welche ja ebenfalls nur eine der Formen der Dementia praecox darstellt, waren allerdings nie oder nur vorübergehend vorhanden: so vor allem die plötzlichen, explosiven Erregungen der Katatoniker; ebenso fehlten stets ausgeprägte Stereotypien der Bewegung, automatisch wiederholte Handlungen und Reden; auch der stuporöse Zustand hat ein eigentümliches Gepräge durch den Mangel eines aktiven Negativismus; kataleptische Starre ist nur vorübergehend nachweisbar; tätigen, bewussten Widerstand leistet der Kranke nie. Reiht man anderseits die luciden Perioden aneinander, so ergibt sich ein ganz typischer hebephrenischer Schwachsinn, welcher der Dauer der Geistesstörung gemäss als relativ vorgeschritten zu bezeichnen ist.

Die bisher aufgezählten Fälle zeigten in der Vorgeschichte vielfach erbliche Belastung, dagegen konnten nie Symptome von Imbecillität nachgewiesen werden, vielmehr betonten bei mehreren die betreffenden Angehörigen die gute geistige Begabung im Kindesalter und das tadellose Betragen. Mitunter kommt es aber vor, dass auch bei Individuen mit Anzeichen von Geistesschwäche im Kindesalter ungefähr um dieselbe Zeit, zu der die hebephrenische Geistesstörung auszubrechen pflegt, ein Krankheitsprozess sich entwickelt, welcher von dem vorher bestehenden Zustande sich scharf unterscheidet, akute Symptome von Dementia praecox und fortschreitenden Schwachsinn mit hebephrenischem Typus darbieten. Ein Beispiel dieser Art soll in folgendem kurz beschrieben werden.

14. W., ledige Näherin, 23 Jahre alt, in die Irrenanstalt aufgenommen im Juli des Jahres 1886.

Die Patientin ist ausserehelich geboren; die Mutter überliess das Kind bald nach der Geburt einer Schwester von ihr zur Erziehung, der Vater ist nicht bekannt. Bezüglich erblicher Belastung ist angegeben, dass die Grossmutter der Patientin, welche die Erziehung des Kindes übernahm von der oben erwähnten Schwester, später an Dementia senilis erkrankte. Nach Angabe eines Onkels der Patientin machte dieselbe alle Kinderkrankheiten durch, „zahnte“ ungemein schwer und erlernte erst mit fünf Jahren das Gehen. Sie war ein sehr schwächliches Kind, welches künstlich ernährt wurde. In der Schule machte sie einen sehr mittelmässigen Fortgang, obwohl sie fleissig war; sie spielte nie mit anderen Kindern, sondern brütete bei der Grossmutter vor sich hin, sinnierte stundenlang auf einen Fleck hinschauend, blieb immer in sich gekehrt, verschlossen. Später erlernte sie das Kleidermachen, soll eine tüchtige Arbeiterin gewesen sein; ihrem Charakter nach aber soll sie gleich verschlossen geblieben sein. Die Menses seien im 19. Lebensjahre aufgetreten — äusserst spärlich und auch späterhin unregelmässig. Eine körperliche Erkrankung ist seit ihren Kinderkrankheiten nicht mehr bekannt. Die Geistesstörung begann angeblich ganz plötzlich im Juli 1886, als Gelegenheitsursache wird eine Erkältung während der Menses infolge Waschens erwähnt. Die Patientin war einige Tage in einer mürrischen Stimmung, gänzlich schweigsam, anscheinend recht unzufrieden; dann setzten sofort heftige Symptome geistiger Erkrankung ein: motorische Unruhe, Schlaflosigkeit, verwirrtes Reden und Handeln, lautes Schreien und Singen; die Kranke lief nachts im Hemde in den Hof hinunter, am Tage versuchte sie ein Kleid zu nähen, machte aber alles verkehrt, zerriss dann die Arbeit wieder; dann lief sie im Zimmer auf und ab, sang und schrie: „Ich muss fort, ich muss nach Berlin! Ich bin nicht schuldig, der König ist schuldig!“ Da die Erregung sich steigerte, wurde die Patientin in die Irrenanstalt gebracht.

Die Untersuchung daselbst ergab bezüglich des körperlichen Zustandes: „Patientin ist von kleiner Statur, proportioniert gebaut, der Kopf ist symmetrisch, im Verhältnis zum Körper vielleicht etwas klein. Die Sensibilität ist, wie die Reflexerregbarkeit, etwas erhöht. Die Pupillen sind . . . weit, reagieren kaum (auf Lichteinfall), die rechte ist etwas kleiner als die linke. Die Augenmuskeln arbeiten selten, die Bulbi springen stark vor, der Blick ist starr auf den Besuchenden gewendet.“ . . . Eine Erkrankung innerer Organe zur Zeit nicht nachweisbar.

Der Geisteszustand war genauer erst etwa 14 Tage nach ihrer Aufnahme zu untersuchen, da die Kranke bis dahin sich vollständig schweigsam verhielt; das Krankheitsbild blieb im übrigen während der ersten drei Monate unverändert und wird folgendermassen geschildert: „ . . . Die Patientin vermag sich über ihre Umgebung und über ihre Lage nicht zu orientieren . . . In allem, was den Denkprozess betrifft, ist eine Hemmung vorhanden; die Langsamkeit und Schwerfälligkeit, mit der die Kranke jeder Denkarbeit, selbst betreffs tagtäglicher Dinge, entgegentritt, ist geradezu klassisch . . . Um sie überhaupt auf etwas zu lenken, bedarf es grösster Nachdrücklichkeit . . . Eine Hervorrufung von tieferen Affekten gelang nicht. Die Stimmung der Kranken . . . ist fast immer eine exaltierte; oftmals bricht sie in blödes Lachen aus oder fängt an zu singen, mit den Händen zu agieren, die Kranken an den Kleidern zu zupfen . . . Einige Male sang Patientin, endlos immer ein bis zwei Töne ausstossend, bis sie vor Heiserkeit keinen Ton mehr hervorbrachte; oder sie sprach ein Wort unendlich oft aus; ferner wiederholt sie gewisse Handlungen beständig . . Einige Male konnte die Kranke in kataleptischem Zustande angetroffen werden; sie gingen immer bald vorüber und zwar verfiel Patientin zunächst darauf in einen stuporartigen Zustand, wo . . . sie auf nichts, selbst nicht auf Nadelstiche reagierte.“ Die Nahrungsaufnahme geschah stets in ausreichender Weise. Die Menses waren von Anfang an spärlich und unregelmässig. Patientin wird immer als sehr unreinlich bezeichnet, lässt unter sich gehen Tag und Nacht.

Von November 1886 an steigerte sich die Erregtheit der Patientin, sie wurde gewalttätig, zerstörungssüchtig, schmierte mit Kot, schrie und lärmte; der Ernährungszustand ging stark zurück, die Kranke magerte so stark ab, dass sie fast unkenntlich wurde. Noch während der ersten Monate des Jahres 1887 dauerte dieser Zustand an, dann wurde sie allmählich ruhiger, der unterdessen weit fortgeschrittene Schwachsinn nahm eine mehr heitere Form an, zeitweise mit dem charakteristischen hebephrenen Typus. (Juni 1887.) „. . . Die Patientin macht in der Abteilung viel Unfug, zupft die anderen an den Kleidern herum, tanzt, singt und hält mit eigentümlich rauher Stimme längere Reden, in denen sie von sich selbst als »der Res'l« in der dritten Person spricht etc.: »Die Res'l muss jetzt ins Zimmer.« »Die Res'l geht jetzt ins Zimmer!« Einmal gelang es dem Referenten, sie

für kurze Zeit zu fixieren; sie schrieb ihren Namen ganz ordentlich, rechnete auch gut, fing dann aber an zu lachen und verstieg sich zu den gewagtesten Behauptungen: sie sei im vorigen Jahre geboren, dann wieder will sie 100 Jahre alt sein, und endlich läuft sie lachend weg. Der Ernährungszustand hat sich bedeutend gebessert, die Patientin sieht wieder blühend aus wie früher. Die Unreinlichkeit hat sich ein wenig gebessert.“ „Hallucinationen scheinen bei der Patientin nicht verhanden zu sein, wenigstens hat man dafür nicht die geringsten Anhaltspunkte.“ (Dezember 1887.) „ . . . Patientin ist im ganzen gutmütig und zu harmlosen Tändeln und Scherzen geneigt, wird zuweilen gegen gewisse Kranke und besonders beim Essen gewalttätig.“ Die Verblödung nahm während der beiden folgenden Jahre beständig zu; die Krankheitsgeschichte bietet wenig Bemerkenswertes; vom Jahre 1894 an wird sie als „tief verblödet“ bezeichnet, der Geisteszustand wechselt zwischen apathischem Hinbrüten und erregtem, sinnlosem Schreien. Zur Beschäftigung war die Kranke von Anfang an wenig zu gebrauchen; sie wird noch gegenwärtig in die Tapeziererei mitgenommen, arbeitet aber daselbst nichts. Der Ernährungszustand ist zur Zeit sehr mässig, die Hautfarbe ist gelblich fahl; in letzter Zeit traten mehrmals fieberhafte Erkrankungen von ein bis zwei Wochen Dauer auf, welche ausser allgemeiner Schwäche und Hinfälligkeit keine weiteren Symptome darboten, und deren genaue Untersuchung bei der Stumpfheit und Widerspenstigkeit der Patientin nicht durchführbar war. (Das Stadium der tiefsten Verblödung wie es in den Fällen 10 und 11 beschrieben ist.)

In dem oben angeführten Falle entsteht eine Dementia praecox mit katatonischen und hebephrenischen Symptomen auf der Basis geistiger Minderwertigkeit; ob dieselbe als Imbecillität aufzufassen ist, oder ob sie noch innerhalb der „Gesundheitsbreite“ liegt, lässt sich aus den spärlichen Angaben über den Geisteszustand vor der akuten Erkrankung wohl nicht mit voller Sicherheit entscheiden. Jedenfalls lässt sich aber das Auftreten eines Symptomkomplexes, der mit dem vorhergehenden Geisteszustande keinen Zusammenhang und keine Ähnlichkeit bietet, konstatieren. Der Krankheitsverlauf entspricht im wesentlichen dem früher geschilderten von Individuen, welche bis zum Ausbruche der geistigen Störung als völlig gesund, teilweise sogar gut begabt angesehen wurden; nur erscheinen hier alle Symptome von Anfang an besonders schwer, die Verblödung entwickelt sich äusserst rasch und ohne Remission. Gewalttätigkeit und Unreinlichkeit, sonst Eigentümlichkeiten des letzten Stadiums, beherrschen hier das Krankheitsbild, eine Arbeitsfähigkeit wird nicht erzielt.

15. M., lediger Schlossergehilfe, 25 Jahre alt, in der Irrenanstalt aufgenommen im August 1901.

Hereditäre Belastung ist nicht mit Sicherheit nachweisbar; es wird aber angegeben, dass der Vater des Patienten nach 25jähriger Ehe sein ganzes ziemlich ansehnliches Vermögen mit Frauenzimmern durchbrachte und sich von seiner Ehefrau trennte. Von anderen Familienmitgliedern ist nichts auf Geistestörung bezügliches bekannt.

Der Patient selbst soll „von Jugend auf von seiner Mutter grenzenlos verzogen und über ihre Verhältnisse unterstützt“ worden sein. Er besuchte drei Lateinklassen, musste aber dann das Gymnasium verlassen, einerseits wegen mangelnder Resultate, andererseits wegen moralischen Defektes: „Seine Schulkameraden hätten damals schon nicht mehr mit ihm verkehren wollen, wegen seiner ganz exzessiv — drei bis fünfmal täglich — betriebenen Onanie. Körperliche Erkrankungen schwerer Art wird nicht angegeben.

Offenbare geistige Erkrankung zeigte sich etwa im Dezember 1900 und scheint durch Alkoholismus zum Ausbruch gelangt zu sein; der Patient wurde vor seiner Aufnahme in die Irrenanstalt als Landstreicher aufgegriffen und in ein Arbeitshaus gebracht.

Bei der ärztlichen Untersuchung zeigte er sich bereits als verblödet: er legte einen völligen Mangel sittlicher und ethischer Eigenschaften an den Tag, redete in höchstem Cynismus über seine Onanien („. . eine — wäre freilich besser, aber kostet Geld, und da muss ich halt meine Mutter umbringen, damit ich ein's bekomme!“) Übrigens „schwätzte er auch sonst sehr viel, unbekümmert, ob man auf ihn höre oder nicht, vielfach ganz unzusammenhängend, aber ohne Ideenflucht; die Gemütsstimmung war gleichgültig heiter, zufrieden. Das Gedächtnis zeigte „nur eine beschränkte Anzahl von Erinnerungen aus dem früheren Leben“. Auch später äusserte er sich immer in denselben Ideenkreise, Essen, Trinken etc. umfassend, kurz, nur die groben körperlichen Bedürfnisse: „ . . er produziert dieselben in ganz stereotyper Weise immer mit denselben Worten . . . . Es besteht ferner eine völlige gemütliche Stumpfheit . . . die meiste Zeit zeigt Patient eine heitere Zufriedenheit und Gleichgültigkeit gegen alles, was um ihn herum vorgeht.“ „Die körperliche Untersuchung ergibt nirgends einen nennenswerten pathologischen Befund . . . An Schädel und Gesicht ist eine Abnormität oder Innervationsstörung nicht zu konstatieren.“ (September 1901.) „Völlig schwachsinniger Patient; geht zur Arbeit mit seiner Gruppe zum Holzstadel, wo er stumpfsinnig und mechanisch seiner Beschäftigung obliegt. . . . Ab und zu stärker erregt, wenn er andere in Erregung sieht; ist meist schnell wieder beruhigt.“ Der Zustand ist bis jetzt völlig unverändert geblieben. (August 1903.) „ . . . Patient gerät hie und da in Erregung, in der er sinnlos schimpft und lebhafte Gestikulationen dazu macht. Eine Motivierung hat er in der Regel nicht, ab und zu gibt er ganz schwachsinnige Gründe an etc.: „Die Mutter hat mich erschlagen wollen.“ „Sonst meist ruhig und apathisch.“ „Geht regelmässig zur Beschäftigung mit in den Holzstadel.“ Das körperliche Befinden ist ungestört.

Hier sind für Imbecillität im Kindesalter deutlichere Anzeichen als im Falle 14 vorhanden: die intellektuelle Schwäche, welche mit den wachsenden Anforderungen immer deutlicher zutage tritt, der moralische Defekt, der Hang zum Vagabundieren und der Verlust jeden sittlichen Haltes nach dem Verlassen des elterlichen Hauses sprechen für Imbecillität. Das Krankheitsbild des Verblödungsprozesses ist dagegen hier weniger typisch als dort, wohl auch deshalb, weil das akute Stadium desselben nicht in der Anstalt zur Beobachtung kam, sondern sich bereits ausserhalb abgespielt hatte. Immerhin lässt sich feststellen, dass in relativ jugendlichem Alter von 24 bis 25 Jahren eine rasch verlaufende Verblödung sich entwickelt, dass von dieser Zeit an ein stabiler Zustand von Schwachsinn vorgeschrittenen Grades besteht mit Symptomen von heiterer Gleichgültigkeit, Apathie, Affektlosigkeit, unmotivierten zeitweisen Erregungszuständen, Stereotypien: kurz, ein Krankheitsbild, welches mit dem vorher bestehenden, der Imbecillität, keine Ähnlichkeit mehr zeigt. Die geistigen Fähigkeiten werden nicht nur in ihrer Entwicklung gehemmt, sondern bereits vorhandene werden wieder zerstört und zwar noch innerhalb der Altersgrenze, in welcher der Geist entwicklungsfähig ist. In diesem Sinne kann der Fall 15 als ein „jugendlicher Verblödungsprozess", als Hebephrenie aufgefasst werden, wenn auch die charakteristischen Erscheinungen der Dementia praecox zum grössten Teil fehlen; er ist vielleicht als eine Verbindungs- oder Übergangsform zwischen Imbecillität und Hebephrenie zu betrachten.

III.

Die sämtlichen Fälle von 1 bis 15 lassen sich von einem gemeinsamen Gesichtspunkte aus überblicken: alle hier besprochenen Kranken (mit Ausnahme des 15., bei dem ebenfalls der Unterschied nicht wesentlich ist,) haben die Erziehung im elterlichen Hause und die einfache Volksschulbildung genossen, alle entstammen der handwerk- oder ackerbautreibenden Landbevölkerung. Wie schon eingangs bei Gelegenheit der Besprechung der analogen Beobachtungen von Daraszkiewicz erwähnt wurde, ist dies eine Hauptursache der Farblosigkeit der vorliegenden Krankheitsbilder; soweit in denselben die Verlaufsperioden übereinstimmen, gleichen sich auch die Einzelsymptome: zum Beispiel, die Depression der Gemütsstimmung im Beginn der Erkrankung ist bei mehreren Patienten durch Wahnideen aus dem religiösen Gebiete aus-

gedrückt: sie glauben sich verdammt, verhext, von Teufeln gepeinigt; Heiterkeit und Exaltation während des zweiten Stadiums äussert sich durch Prahlen mit vielem Geld, häufiger noch in stumpfsinniger Zufriedenheit mit Erfüllung der gröbsten körperlichen Bedürfnisse, Essen, Trinken, Schlafen. Auffallend ist der Mangel an schriftlichen Mitteilungen; nur von einem einzigen Patienten konnte ein längerer Brief gefunden werden. Dadurch aber, dass die sämtlichen Kranken in demselben engen geistigen Gesichtskreise sich bewegen, fallen die dem einzelnen Individuum angehörigen Eigentümlichkeiten weg und der allen gemeinsame, im Wesen der Geistesstörung begründete Zug tritt deutlicher hervor. Um die gegebenen 15 Fälle auf diese gemeinsamen Punkte untersuchen zu können, muss vor allem die Dauer der Geisteskrankheit vor der Aufnahme in die Irrenanstalt in Betracht gezogen werden: bei einer Anzahl derselben bestand die Geistesstörung bereits zwei bis drei Jahre, das akute Stadium war bereits abgelaufen; die Angaben der Angehörigen aber gaben oft nur ein sehr unvollkommenes Bild des Krankheitsverlaufes, zum Teil deshalb, weil manches als unwichtig verschwiegen wird, zum Teil deshalb, weil vieles nicht als krankhaft erkannt und nicht beobachtet wird (so die Fälle 3, 4, 7, 10, 11). Kommt dagegen der Kranke schnell unter ärztliche Beobachtung, so gestaltet sich das Bild anders; bei diesen (z. B. Fall 5, 6, 12) fällt die Häufigkeit katatonischer Symptome im ersten Stadium auf, welche bei den ersteren fast ganz fehlen, wenn nicht ein „Nachschub“ noch dieselben zur Beobachtung bringt. Wenn sich nun auch nicht behaupten lässt, dass derartige Symptome in jedem Falle vorhanden sein müssten, so verdienen doch solche Erscheinungen, wenn sie auch nur vorübergehend auftreten, besondere Beachtung (Fall 5, 7). Berücksichtigt man dabei die Krankheitsperiode, welche bei dem jeweiligen Patienten zur genaueren Untersuchung kam, so wird sich die

bei den individuellen Äusserungen schon bemerkte Gleichartigkeit auch in den der Geistesstörung wesentlichen Dingen wieder erkennen lassen. Die einzelnen Krankengeschichten ergänzen sich beim Vergleichen gegenseitig und geben auf diese Weise ein ziemlich vollständiges Bild von dem Verlaufe eines jugendlichen Verblödungsprozesses, der Hebephrenie.

Erbliche Belastung ist in der Hälfte der Fälle nachweisbar: in drei Fällen direkt durch Potatorium (zweimal) oder Geisteskrankheit der Eltern, bei zwei indirekt durch Geisteskrankheit der Grosseltern, ein Fall weist Geistesstörung des Urgrossvaters auf; eine Kranke ist belastet durch körperliche Schwäche und „Blutarmut" der Mutter. In einem Falle (15.) ist hereditäre Belastung wahrscheinlich. Dieser Prozentsatz stimmt ungefähr überein mit dem von Kräpelin angegebenen, welcher für Dementia praecox 70 % fand, wobei er aber die „hebephrenischen Formen etwas weniger durch dieselbe beeinflusst" angibt; Hecker betont die erbliche Belastung bei den von ihm beschriebenen Fällen nicht sehr, hat unter sieben nur einen mit nachweisbarer Belastung; Daraszkiewicz findet sie unter zwölf Hebephrenen neunmal und hebt ihre grosse Bedeutung hervor.

Degenerationssymptome körperlicher Art, „Stigmata hereditatis" konnten bei keinem Fall nachgewiesen werden, ebensowenig Missbildungen und Entwicklungshemmungen; häufiger ist Schwächlichkeit und graciler Habitus (Fall 6, 9, 11, 14), bei einer Patientin (14) wird auffallend starke Disposition zu Kinderkrankheiten hervorgehoben. Letztere sind in der Anamnese noch bei 9 (Rhachitis!), 10 und 11 als bedeutend und von Einfluss auf den Allgemeinzustand bezeichnet. Ein direkter Zusammenhang mit der späteren geistigen Erkrankung ist aber in keinem Falle annehmbar. Geistige Entartungszeichen sind, ausser bei 14 und 15, deren psychopathische

Eigenschaften schon erwähnt wurden, nirgends vorhanden; bei mehreren (1, 7) legten die Angehörigen Schulzeugnisse vor, welche ausgezeichnet waren; nicht nur die Intelligenz, auch die moralischen Eigenschaften, Betragen, Charakter etc. sind lobend erwähnt; der grösste Teil wird als „normal", als „nicht verschieden von anderen Altersgenossen" bezeichnet, nur Fall 10 fiel schon in seiner Kindheit durch „absonderlichen Charakter" auf.

In der Mehrzahl der Fälle also entwickelte sich die Geistesstörung auf der Basis einer Organisation, welche keine nachweisbaren pathologischen Veränderungen, dagegen in einem grossen Teil durch erbliche Belastung eine gewisse Disposition zur Erkrankung darbot.

Der Beginn der Geistesstörung zeigt innerhalb der 15 Fälle einen ziemlich weiten Spielraum bezüglich des Altersunterschiedes: er bewegt sich zwischen dem 13. und 27. Lebensjahre; ausserdem lässt sich in einigen Fällen ein doppelter Zeitpunkt dafür annehmen: der des Auftretens offenkundiger Symptome von geistiger Krankheit, und der Zeitpunkt, von dem an Änderungen im Charakter, im Betragen, in der Gemütsstimmung des Patienten bemerkt wurden. In drei Fällen — 5, 6, 12 — beginnt in sehr frühem Alter, im 13. beziehungsweise 16. Lebensjahre die geistige Störung akut, mit schweren Erscheinungen von Katalepsie, Erregung, Verwirrtheit, ohne nachweisbare Gelegenheitsursache. Bei der Mehrzahl der geschilderten Kranken (1, 2, 3, 7, 9, 10, 11, 13) ist der Beginn ungefähr folgender: Vor dem 19. Lebensjahr, bei einigen schon im 14. bis 15., wird der Kranke deprimiert, er zieht sich von seinen Altersgenossen zurück, vernachlässigt seine gewohnte Arbeit, zeigt einen traurigen, oder finsteren und mürrischen Gesichtsausdruck. Die Gemütsstimmung ist fast bei allen eine gedrückte, ängstliche, aber doch ziemlich leicht reizbare; mehrfach werden übertriebene religiöse Übungen

beobachtet. Allmählich treten Beeinträchtigungswahnideen, meist in Verbindung mit Sinnestäuschungen, hervor, nicht systematisiert, sondern ziemlich vager und wechselnder Natur. Der Kranke wird nun erregt, seine Reden werden verwirrt, zusammenhanglos, Angriffe auf die Personen seiner Umgebung lassen ihn gemeingefährlich und seine Aufnahme in die Irrenanstalt notwendig erscheinen.

Dieser Entwicklungsprozess wird häufig beschleunigt durch eine Gelegenheitsursache psychischer oder somatischer Natur: in Fall 3 wird heftige Gemütsalteration (getäuschte Erwartung einer Heirat), in Fall 4 rohe Behandlung von seiten der Dienstherrschaft in Verbindung mit körperlicher Überanstrengung als Grund der Geisteskrankheit angegeben. In Fall 1 soll dieselbe im Anschlusse an eine körperliche Erkrankung — Influenza — entstanden sein; bei zwei Patientinnen (7 und 14) wird „Verkältung“ zur Zeit der Menses angeschuldigt. In zwei weiteren Fällen wird Sistieren der Menses zur Zeit des Ausbrechens der geistigen Störung erwähnt, aber ohne nachweisbaren ursächlichen Zusammenhang (bei 10 und 11). Wie im ersten Teile dieser Arbeit angegeben ist, fasst Hecker die Pubertätsentwicklung als bedeutungsvolles ätiologisches Moment bei der Entstehung einer hebephrenischen Geistesstörung auf; es seien hier nur die diesbezüglichen Tatsachen aus den vorliegenden 15 Krankheitsgeschichten kurz zusammengestellt: In Fall 1 werden die ersten Anzeichen geistiger Störung im 14. Lebensjahr bemerkt; bei der ärztlichen Untersuchung erweist sich der Genitalapparat als kindlich, der ganze körperliche Habitus als schwächlich und gracil; bei Fall 2 wird ebenfalls schon „nach dem Verlassen der Schule“ — also wohl 14. oder 15. Lebensjahr — wachsende Erregung und Depression angegeben; bei Fall 6 wurde schon im Alter von 13 Jahren „Katalepsie“ beobachtet, also sicher erst bei Beginn der Pubertätsentwicklung; bei der ärztlichen Unter-

suchung erscheint der Körperbau „schwächlich“, wohl pueril; in den Stadien der Erregung zeigt Patient sexuelle Reizzustände („massloses Masturbieren“). Das gleiche gilt von Fall 11: bei regelmässig, kräftig gebautem Körper kindliche Genitalien, im Krankheitsverlauf sexuelle Erregtheit. Von weiblichen Kranken werden bei Fall 5 im 13., bei 11 im 14. Lebensjahr die ersten Symptome beobachtet; im ersteren Fall ist die Menstruation noch nicht eingetreten, der körperliche Habitus schwächlich und kindlich bei der (zwei Jahre späteren) Aufnahme in die Anstalt; bei der zweiten Patientin hatten die Menses einige Zeit vor der Erkrankung begonnen und sistierten wieder mit derselben. Bei sechs Kranken steht also der Beginn der Erkrankung jedenfalls in zeitlichem Zusammenhang mit dem Beginn der Pubertätsentwicklung (dieselbe ging, nebenbei bemerkt, bei allen weiterhin in gewöhnlicher Weise vor sich). In vier anderen Fällen (7, 9, 10, 13) beginnt die Geistesstörung im 18. oder 19. Lebensjahr, bei 3 und 8 im Alter von 20 bis 21 Jahren, also zu einer Zeit, in welcher die Entwicklung des Körpers und des Geistes noch nicht abgeschlossen ist. Nur bei einer Patientin wird das Alter von 27 Jahren als die Zeit des Auftretens der Psychose angegeben; gerade bei dieser Kranken (4) ist aber die Anamnese ungenau: Patientin war vorher in Dienst, dann trieb sie sich eine Zeit von unbekannter Dauer in München herum, bis sie in ihre Heimat und in ein Krankenhaus gebracht wurde — unauffällige Veränderungen in der Gemütsstimmung, im Charakter u. s. w. konnten dabei der Beobachtung sehr leicht entgehen. Noch mehr ist dieses der Fall bei den beiden Patienten 14 und 15, welche schon von Kindheit an krankhafte Erscheinungen boten.

Der Beginn der Geisteskrankheit ist in einem Teil der vorliegenden Fälle ein allmählicher, langsamer, indem Zahl

und Intensität der betreffenden Symptome mehr und mehr zunimmt, zum anderen Teil bricht die Störung akut, mit heftigen Symptomen aus — von den Angehörigen wird in jedem Falle das Auftreten augenfälliger Erscheinungen als Zeitpunkt des Beginnens angegeben. Bei eindringlichem Befragen aber werden auch in Fällen akuter Erkrankung Veränderungen im Charakter des Patienten kürzere oder längere Zeit vorher geschildert, welche immer depressiver Art sind (z. B. 7, 11, 13). Bei Patient 6 und 12 fehlt die Depression oder ist verdeckt durch die hochgradige Erregtheit; bei ersterem tritt sie einmal kurze Zeit nach der Aufnahme beim Nachlassen der Verwirrtheit und motorischen Unruhe hervor; letzterer gibt später an, dass er sich noch an starke Kopfschmerzen erinnern könne, welche er kurz vor seiner Erkrankung gehabt habe. Im allgemeinen beginnt in diesen Fällen das erste Krankheitsstadium — nach der Einteilung von Daraszkiewicz — ohne oder nur mit Andeutung jener prodromalen Erscheinungen, welche einen allmählichen Entwicklungsgang einleiten.

Das erste Stadium macht bei einem Teil der Patienten äusserlich den Eindruck einer Melancholie (z. B. 3, 5), bei einem anderen Teil den der Manie (z. B. 6, 12). Bei jenen vertiefen sich die unter den Anfangssymptomen genannten Erscheinungen von Depression: der Kranke scheint ganz von angsterregenden Sinnestäuschungen und Beeinträchtigungswahnideen erfüllt zu sein, der ängstliche Blick wird stundenlang starr auf einen Punkt gerichtet, auf Fragen wird mit leiser Stimme, in abgebrochenen Sätzen Antwort gegeben; Patientin 3 macht wiederholt Selbstmordversuche, verletzt sich durch Kratzen an den Extremitäten, die Nahrungsaufnahme wird zeitweise verweigert; infolge ihrer innerlichen Unruhe will sie aus dem Fenster springen, sie läuft blindlings im Hemd auf die Strasse, wälzt sich nachts beständig

im Bett hin und her; später treten stuporöse Zustände auf, Patientin steht völlig schweigsam, mit aufgelöstem Haar, umher, reagiert auf keine Anrede. Patientin 5 zeigt ebenfalls diese hochgradige Angst, bei ihr entwickelt sich schnell ein stuporöser Zustand, mit völliger Schweigsamkeit, Bewegungslosigkeit, auch Alteration der vegetativen Funktionen des Körpers: angehaltener Stuhlgang. Die Orientierungsfähigkeit erscheint getrübt oder ganz aufgehoben: Patientin 3 ist in Personenverkennung befangen; die Reden der Kranken sind verwirrt, die wenigen verständlichen Worte, welche aus ihr herauszubringen sind, lauten im Sinne ihrer Wahnideen und Hallucinationen. Die Kranken, welche das Bild einer Manie bieten (wie 6, 12), zeigen besonders die hochgradige motorische Unruhe derselben und die heitere Verstimmung (letztere wenigstens in überwiegender Dauer): sie lachen, schreien, singen und tanzen Tag und Nacht, gestikulieren, schlagen an Türen und Fenster, zerreissen ihre Kleidungsstücke, sind unreinlich, sexuell erregt; ihre Reden sind gänzlich verwirrt und zusammenhanglos, die Orientierung gestört, auf Fragen antworten sie mit Gelächter oder unpassendem Gerede. Zeitweise steigert sich die Erregtheit zu Gewalttätigkeit gegen die Personen ihrer Umgebung, blindem Hinausdrängen. Zwischen diesen beiden extremen Formen von Melancholie und Manie fanden sich verschiedene Grade: die Gemütsstimmung ist gedrückt, aber leicht reizbar, die Orientierungsfähigkeit bei den einen aufgehoben (1, 7), bei anderen leichteren Fällen erhalten (2, 4), je nach der Schwere der Erkrankung. Die wichtigsten Symptome, welche allen diesen Krankheitsbildern gemeinsam sind und welche den Unterschied zwischen ihnen und der echten melancholischen bezw. manischen Geistesstörung deutlich erkennbar machen, sind die Inkonsequenz der Erscheinungen (der unmotivierte, jähe Wechsel der Gemütsstimmung, der Widerspruch zwischen

Gesichtsausdruck, Handlungs- und Redeweise der Patienten), das Vorhandensein spezifischer Merkmale von Dementia praecox und das frühere Auftreten des Schwachsinns.

Der jähe Wechsel der Gemütsstimmung tritt besonders bei Patient 6 hervor: ganz unmotiviert fällt derselbe von einem Extrem in das andere, bald lacht er ausgelassen, tanzt und singt, dann beginnt er plötzlich zu weinen, oder zornig zu schimpfen. Das gleiche wird beobachtet bei 10 und 12; bei den anderen Fällen ist dieselbe Schwankung, aber in längeren Perioden zu erkennen. Die Kranken 1 und 2 äussern Wahnideen depressiver Natur: ersterer glaubt von bösen Geistern verfolgt zu sein, letzterer hält die Anstalt, in der er sich befindet, für ein Gefängnis; dabei zeigen sie aber gleichgültige Ruhe oder sie lächeln blöde; Patientin 5, anscheinend niedergeschlagener, trauriger und ängstlicher Gemütsstimmung, verändert ihren furchtsamen Gesichtsausdruck plötzlich in Grimassieren, trägt ein geziertes und gespreiztes Benehmen zur Schau. Der Kranke in Fall 13 äussert Verfolgungswahnideen, welche mit schreckhaften Sinnestäuschungen in Zusammenhang stehen: kurze Zeit darauf, nach seiner Aufnahme in die Irrenanstalt, sind dieselben verschwunden, der Patient ist kindisch-heiterer Stimmung, verübt bübische Streiche etc. Bemerkenswert ist das Auftreten dieser widersprechenden Erscheinungen nur im ersten Stadium; im weiteren Verlaufe der Krankheit ist der Wechsel zwischen Ruhe und Erregung bei gänzlichem Mangel echter Affekte ein allen diesen Fällen gemeinsames Symptom. Charakteristische Merkmale der Dementia praecox sind in akutem Stadium überall vorhanden, wo dasselbe überhaupt zur genaueren Beobachtung kam, in einigen Fällen, wo der Kranke lange zu Hause behalten wurde, im sogenannten „Nachschub“. Die häufigsten Symptome dieser Art sind Stereotypien der Haltung und Bewegung, sowie der Redeweise, Katalepsie und die ver-

schiedenen Grade des Stupors. Stereotypie der Haltung und Bewegung zeigen besonders die Patienten 5 und 6, auch 14: die Arme werden stets in derselben Weise gekreuzt, oder die Hand an den Kopf gelegt, bei Anreden wird regelmässig eine streichende Bewegung an der Schürze ausgeführt; Patient 7 führt eine eigentümliche drehende Bewegung des Handgelenkes aus u. s. w. Alle diese Handlungen haben keine Motivierung, sind zwecklos, und werden oft nacheinander, bisweilen stundenlang, ausgeführt. Ebenso die Manieriertheiten der Redeweise, das Lispeln, Sprechen in singendem oder theatralischem Ton, das stete Wiederholen gewisser Phrasen. Leider fehlen in den vorliegenden Krankengeschichten die schriftlichen Aufzeichnungen der Patienten selbst, aus den bereits angegebenen Gründen; desgleichen fehlt das Sprechen in auffallenden Jargons, wodurch gerade die angedeuteten Symptome (das Wiederholen gewisser Redewendungen) am deutlichsten zutage treten würde. Dagegen ist wiederholt, gerade bei den exaltierten Kranken, bemerkt, wie weit ihr zusammenhangloses Gerede von der Ideenflucht Manischer entfernt ist, wie es sich immer in einem sehr engen Gesichtskreise bewegt. Von seiten der Willenssphäre sind Störungen in den verschiedensten Graden vorhanden. Symptome von Hemmung lassen sich bei 4, 5, 7 und anderen nachweisen, in der langsamen und leisen Sprechweise, den verzögerten Bewegungen; in mehreren Fällen steigern sie sich zur Katalepsie; Flexibilitas cerea tritt zeitweise auf bei 5, 6, 12, 13, 14; Negativismus offenbart sich selten in energischem Widerstreben, nur leichter Widerstand bei passiven Bewegungen wird bemerkt (7), dagegen um so häufiger Mutacismus und völlige oder teilweise Verweigerung der Nahrungsaufnahme. Von der Hemmung einzelner geistiger Funktionen gehen einige Fälle (13, 12) über zum vollständigen Aufhören einer geistigen Betätigung nach aussen; es treten hier längere Perioden von Stupor auf, in

denen der Patient auf keinen äusseren Reiz reagiert, bewegungslos und stumm daliegt, nicht imstande ist, Nahrung spontan aufzunehmen etc. Leichtere Grade von stuporösen Zuständen bieten die Fälle 7, 6, 5. Plötzliche Unterbrechungen des Stupors durch unmotivierte Erregungsanfälle, wie sie bei Katatonikern vorkommen, wurden nicht beobachtet. Im allgemeinen finden sich die angegebenen Symptome von Dementia praecox, welche dem Krankheitsbilde der Katatonie angehören, in den vorliegenden Fällen nie gleichzeitig und zu einer geschlossenen Reihe vereinigt, sondern einzeln und nur vorübergehend; auch bei den Patienten, welche sich jener Krankheitsform am meisten nähern, fehlen wichtige Merkmale derselben. Aus den Angaben der Angehörigen, dass der Patient „sinierte“, tagelang schweigsam blieb, die Nahrung verweigerte, lässt sich wohl auf das Vorhandensein stuporöser Zustände schliessen, wenn die übrigen Erscheinungen des Krankheitsverlaufes zu den anderweitigen Beobachtungen stimmen (z. B. Fall 11, 10, 7). Ein bestimmtes Verhältnis zwischen der Häufigkeit katatonischer Symptome und der Schwere der nachfolgenden Verblödung lässt sich aus den angegebenen Fällen nicht herstellen: bei Patientin 5 und 6 waren dieselben deutlich ausgeprägt, der Grad der Verblödung ein geringer.

Die wesentlichste Erscheinung des Krankheitsverlaufes ist der Schwachsinn, welcher sich bereits im ersten Stadium nachweisen lässt, und dessen mehr oder weniger schnelle Entwicklung und im stabilen Stadium erreichter Grad die Schwere der geistigen Störung bedingt. Die ersten Anfänge der Demenz zeigen sich in dem Verlust der moralischen Eigenschaften, im Defekt des Gefühlslebens: religiöse Übungen werden erst in übertriebener, dann in verzerrter, läppischer Form gepflogen, das Interesse an den Angehörigen verschwindet, ebenso nehmen die Affekte im allgemeinen ab.

Die anfänglich vorhandene Depression der Gemütsstimmung macht einer heiteren Gleichgültigkeit Platz, das allen diesen Kranken gemeinsame blöde Lächeln wird mehr und mehr zum ständigen Gesichtsausdruck. Der zunehmende Schwachsinn bildet die Grundlage der oben erwähnten Unbeständigkeit der Symptome: der jähe Wechsel der Stimmung ist bedingt durch die Oberflächlichkeit der Gefühlssphäre, der auffallende Widerspruch zwischen den Reden und dem Benehmen des Patienten, durch die mangelnde innere Motivierung derselben durch Affekte. An Stelle derselben tritt eine gewisse Reizbarkeit, ein unbewusstes Krankheitsgefühl, woraus allmählich der Wechsel zwischen Erregtheit und apathischem Hinbrüten sich entwickelt. Bereits im akuten Krankheitsstadium zeigt sich zeitweise die Neigung zu läppischen und boshaften Streichen; der gänzliche Mangel an Mitgefühl und Teilnahme für die Mitkranken veranlasst die Neckereien und das Nachäffen auffallender Gewohnheiten anderer Patienten. In den Wahnideen offenbart sich bisweilen eine lächerliche Selbstüberhebung (z. B. Patient 1, 2), wenn diese vorübergehenden, augenblicklichen Einfällen entspringenden Äusserungen überhaupt als Wahnideen bezeichnet werden dürfen; sie stehen in augenfälligem Gegensatz zu den Ausdrücken depressiver Stimmung, wie sie bei Beginn der Erkrankung in Verbindung mit ängstigenden Sinnestäuschungen auftreten, sie werden in keinen Zusammenhang und in kein System vom Kranken gebracht, sondern sofort wieder aufgegeben und bieten, vom Übergangspunkt des ersten zum zweiten Stadium stehend, ein Bild des vorgeschrittenen Schwachsinns.

Das Aufhören der depressiven Stimmung, auch der zeitweisen Äusserung eines traurigen Affektes, ist nach Angabe von Daraszkiewicz das deutlichste Symptom dafür, dass das zweite Krankheitsstadium begonnen hat. Der Übergang geht allmählich vor sich, die stürmischen Erscheinungen

nehmen ab und es bleibt nur die Demenz als hauptsächlichste Krankheitserscheinung zurück, allerdings in den verschiedensten Abstufungen, je nach der Schwere der Erkrankung. Bei einem Teil der Fälle bleibt der Schwachsinn auf einer mittleren Stufe stehen, in einem Falle (6) ist der Defekt so gering, dass man fast von Heilung sprechen könnte; bei den anderen entwickelt sich im Zeitraum von wenigen Monaten der höchste Grad der Verblödung. Bei mehreren Kranken (5, 7, 12) scheint der akute Prozess der Geisteskrankheit bereits beendet und die Prognose eine relativ günstige zu sein, bis durch einen „Nachschub“ eine Unterbrechung des stabilen Zustandes herbeigeführt wird.

Der „Nachschub“ bildet eine Wiederholung der Symptome des akuten Krankheitsstadiums, nur sind dieselben verstärkt durch die bereits vorhandenen Defekte der Geistesfunktionen: die stuporösen Zustände sind intensiver und von längerer Dauer, viele katatonische Momente kommen erst jetzt zur genaueren Beobachtung, die Erregungsanfälle sind heftiger und oft verbunden mit Zerstörungstrieb, Neigung zu Gewalttätigkeit. Seine Dauer ist meist nur kurz, wenige Wochen oder höchstens einige Monate betragend; in jedem Falle aber hinterlässt er eine bedeutende Zunahme der Verblödung. Eine Ursache seiner Entstehung lässt sich für den Fall 12 in einer Wiederholung der schädigenden Einflüsse, welche die erste Auslösung der geistigen Störung bedingte, vermuten; in anderen Fällen kann eine solche nicht nachgewiesen werden. Bei vielen Kranken kann ein Nachschub im Verlaufe des zweiten Stadiums nicht beobachtet werden, und die Demenz bleibt — äusserlich wenigstens — jahrelang auf derselben Stufe bestehen.

Das zweite Stadium des Krankheitsverlaufes, das stabile, chronische Stadium, ist seiner allgemeinen Erscheinung nach das des ausgebildeten Schwachsinns, welcher der Form der

Geistesstörung den Namen gegeben hat. Die Dauer übertrifft die des ersten Stadiums, indem sie erst durch den Tod des Kranken beendet wird; die Verblödung im jugendlichen Alter in ihren verschiedenen Graden und Abstufungen ist das wichtigste und auffallendste Symptom. Nach der Anordnung der im Vorausgehenden beschriebenen Fälle lassen sich zwei Gruppen bilden, welche allerdings nicht wesentliche Unterschiede zeigen und ineinander ohne feste Grenze übergehen: die erste Hälfte zeigt leichten bis mittleren Grad der Demenz, die zweite enthält einige Krankheitsbilder, bei denen die Verblödung beinahe bis zur Zerstörung aller höheren geistigen Fähigkeiten vorgeschritten ist.

Bei den Patienten des ersteren Teiles kommt die Demenz am deutlichsten zum Ausdruck in der Sphäre des Gefühlslebens: der Kranke ist in einer affektlosen, gleichgültigen Gemütsstimmung; gewöhnlich trägt er ein nichtssagendes Lächeln zur Schau, er nimmt keinen Anteil an den Leiden von Mitkranken, ist für seine eigene Zukunft unbesorgt, bedenkt nicht, dass er sich in einer Anstalt befindet; dieselben Erscheinungen, welche schon im ersten Krankheitsstadium in geringem Masse, oft nur vorübergehend oder nur angedeutet zu beobachten waren, werden jetzt konstant und beherrschen das Krankheitsbild. Auch im leichtesten Falle von Demenz (bei dem Patienten 6), bei welchem der vorhandene geistige Defekt so gering ist, dass man beinahe von Heilung sprechen könnte, ist diese Sorglosigkeit, sowie eine dem Alter nicht mehr entsprechende Kindlichkeit auffallend. Der echte Affekt wird ersetzt durch eine Reizbarkeit und Erregtheit, welche bei mehreren Kranken mit einer gewissen Regelmässigkeit auftritt und dann den Krankheitsverlauf in zwei Perioden teilt, in eine solche der Ruhe und in eine der Erregung. Die der Ruhe ist meist die zeitlich grössere, der Patient zeigt während derselben die oben erwähnte

apathische Gleichgültigkeit, ohne Bewegungsdrang, ohne eine Störung für die Personen seiner Umgebung. Ganz unmotiviert setzt die Periode der Erregung ein, bei weiblichen Patienten bisweilen in Zusammenhang mit den Menses, auch durch eine Gelegenheitsursache, wie zum Beispiel Streitigkeiten oder Schrecken, aber nicht regelmässig nachweisbar; der Kranke wird motorisch unruhig, er treibt die bekannten läppisch-kindischen Streiche und Neckereien, lacht laut und gellend, gestikuliert und grimassiert, redet in deklamatorischem oder singendem Ton verworrenes Zeug, absurde Grössenwahnideen, welche er plötzlich durch ein lautes Gelächter unterbricht, oder er klagt und queruliert. Dabei treten die schon früher besprochenen typischen Eigentümlichkeiten der Dementia praecox wieder in den Vordergrund. Die Reden des Kranken bilden stereotype Wiederholungen derselben Phrasen, bewegen sich in demselben engen Gesichtskreise, ohne Spur von Ideenflucht, ohne die bei Manie gewohnten Anknüpfungspunkte aus allen möglichen äusseren Anregungen oder aus Reminiscenzen. Nach einer Dauer von einem oder mehreren Tagen, selten mehr als acht Tagen, tritt wieder der frühere Zustand der Ruhe und des apathischen Hinbrütens ein.

Dieser Zustand ist bei den vorliegenden Fällen in einem wesentlichen Grade geregelt und beeinflusst durch die systematische Beschäftigung, welche allerdings auf eine mechanische, den Geist nicht anstrengende Tätigkeit beschränkt ist, doch für das körperliche und geistige Befinden von Wichtigkeit ist. Die Arbeitsfähigkeit ist begründet in den relativ erheblichen Resten von geistigen Eigenschaften, welche bei dem Verblödungsprozess verschont geblieben sind: das Bewusstsein, die Orientierungsfähigkeit bezüglich Zeit, Ort und Personen sind ungetrübt. Besonders ist auch das Gedächtnis gut erhalten: die Erinnerungsfähigkeit offenbart sich stets, wenn der Patient auf früher erworbene Kenntnisse gebracht wird;

die Merkfähigkeit beweist der Kranke in den Handlungen des täglichen Lebens, in den materiellen Dingen, welche ein gewisses Interesse für ihn besitzen, wie z. B. die Nahrungsaufnahme, als ungestört, im Gegensatz zum Altersschwachsinn, welcher dieselben Dinge trotz des Interesses dafür nicht festzuhalten vermag. Inwieweit die Sinneswahrnehmung und die Auffassung gestört ist, lässt sich schwer nachweisen; Sinnestäuschungen werden von der Mehrzahl der Kranken in diesem Stadium des Verlaufes direkt in Abrede gestellt, nur bei einigen konnten solche festgestellt werden. Die eigentümlichen Stellungen der Kranken, z. B. die lauschende Haltung des Kopfes, oder die plötzlichen Bewegungen, so das Rennen in einer bestimmten Richtung, oder Abwehrbewegungen ohne sichtlichen Anlass, werden wohl häufig als Triebhandlungen, nicht motiviert durch Sinnestäuschungen, aufgefasst werden dürfen. Die Willenssphäre ist in bedeutendem Grade beeinträchtigt; die Störung derselben zeigt sich nicht nur in den erwähnten triebartigen Handlungen, oder den stereotypen Bewegungen, sondern besonders in der Schwäche der Willenstätigkeit selbst: der Kranke vermag es nicht, einen festen Entschluss zu fassen, selbst unter fremder Leitung wird es ihm schwer, sich längere Zeit einem bestimmten Gegenstande zuzuwenden. Die Aufmerksamkeit auf einen Punkt zu fixieren, bietet dem Patienten die grösste Schwierigkeit; in Verbindung mit der Gleichgültigkeit und Interesselosigkeit ist daher der Defekt der Willenstätigkeit eines der hauptsächlichsten Hindernisse, welche sich der Gewöhnung an eine regelmässige, nützliche Beschäftigung entgegenstellen. Der Kranke, dessen Schwachsinn einen mittleren Grad erreicht hat, vermag nicht sofort eine Arbeit aufzunehmen; allmählich, durch den Nachahmungstrieb den Mitarbeitenden seiner Abteilung folgend und durch Hoffnung auf materielle Vorteile — ein gewisser Grad von Freiheit, reichlichere Nahrung etc. — angeeifert,

folgt er dem Beispiel anderer und führt dann, einmal an eine Tätigkeit gewöhnt, dieselbe mechanisch weiter; durch die zeitweisen Erregungsperioden wird sie unterbrochen, nach dem Schwinden derselben aber wieder aufgenommen.

Die regelmässige Beschäftigung ist von grösstem Einfluss auf den geistigen wie auf den körperlichen Zustand des Patienten; dass die Bildung von Wahnideen durch sie hintangehalten wird, sei nur beiläufig bemerkt, da Wahnideen bei hebephrenischer Demenz überhaupt selten sind oder ganz fehlen; wir sahen die wenigen derartigen wahnhaften Ideen, welche einige der hier beschriebenen Fälle äusserten (am Ausgang des ersten Krankheitsstadiums), nach der Aufnahme der Arbeit verschwinden und nicht wieder auftreten. Bedeutend gefördert wird durch die Beschäftigung die Disziplinierbarkeit der Patienten: wochenlang geben dieselben zu keiner Störung Anlass, in der mechanischen Betätigung finden sie keine Zeit und keinen Anlass zu Abschweifungen der Gedankenrichtung. Am sichtlichsten zeigt sich das körperliche Befinden beeinflusst: der Aufenthalt im Freien, die Bewegung, die Ermüdung bei der Arbeit begünstigen die vegetativen Funktionen: Schlaf, Appetit, Stoffwechsel; fast bei allen diesen Kranken ist eine wesentliche Störung des körperlichen Befindens während der ganzen Dauer der Arbeitsfähigkeit nicht angegeben, vielmehr ist der Ernährungszustand als gut, das Aussehen geradezu als blühend bezeichnet.

Bei den Kranken, deren progressives Stadium mit einem mittleren Schwachsinnsgrade endigte, zeigt sich der stabile Zustand in der Tat lange Zeit unverändert; dass aber doch ein ganz allmählicher Fortschritt der Verblödung auch in diesem Stadium des Verlaufes stattfinden kann, lässt z. B. Patient 2 bei einem Vergleich längerer Zeitabschnitte während der über ein Jahrzehnt betragenden Anstaltsbehandlung erkennen: es scheint ein wachsender Verlust geistiger Fähig-

keiten unmerklich vor sich zu gehen, beschleunigt in dem genannten Fall durch körperliche akute Erkrankung, welche eine Schwächung des gesamten Organismus zur Folge hatte. Leider ist eine so lange Beobachtungszeit für mittlere Schwachsinnsperiode in ihrem chronischen Stadium nur selten zu erhalten, da die Angehörigen der betreffenden Patienten dieselben aus der Anstalt nehmen, wenn sie deren Ruhe und Tüchtigkeit zur Arbeit wahrnehmen.

Für den zweiten Teil der Fälle, diejenigen, welche die schweren Formen der Demenz darstellen, ist der Verlauf des zweiten Krankheitsstadiums äusserlich ein etwas anderer, sowie zeitlich von mehr beschränkter Dauer. In relativ sehr jugendlichem Alter (von 20, 21 Jahren), nach kurzem akuten Stadium ist ein hoher Grad von Verblödung festgelegt, dessen Grundbedingungen dieselben sind wie die der mittleren Grade, nur verschieden in ihrer Wirkung: es besteht derselbe Mangel an Affekten, dieselbe heitere Gleichgültigkeit wie dort; auch hier ist ein periodischer Wechsel zwischen Ruhe und Erregung zu beobachten. Hier ist aber die Interesselosigkeit zur völligen Apathie, zum stumpfen, unbeweglichen Hinbrüten gesteigert. Im Zustand der Ruhe sitzt der Kranke, meist in gesundheitsschädlicher Körperhaltung, zusammengekauert, den Kopf tief auf die Brust gesenkt, da, auf alles Zureden nur mit blödem Lächeln oder mit unverständlichem Gemurmel antwortend. Einer Veränderung seiner Körperstellung setzt er meist Widerstand entgegen, nicht in der negativistischen Starrheit des Katatonikers, sondern aus Unlust und Trägheit. Die ethischen und moralischen Eigenschaften des Geistes scheinen völlig zerstört: der Patient nimmt keinen Anteil an religiösen Übungen, scheint dieselben kaum mehr zu kennen, wenn Mitkranke solche vornehmen; das geringste Gefühl für Schicklichkeit, für Ordnung und Reinlichkeit ist verschwunden: der Kranke ist sehr unreinlich in seiner Kleidung, befriedigt

rücksichtslos seine natürlichen Bedürfnisse. Die Nahrungsaufnahme geschieht entweder mit Gier und Hast, oder die Apathie erstreckte sich auch hierauf und die Speisen müssen eingegeben werden. Im Zustande der Erregung zeigt sich eine wachsende Roheit und Gewalttätigkeit: Kranke, deren ruhiger, gutmütiger Charakter in der Vorgeschichte angegeben wurde und auch noch im akuten Stadium zu erkennen war, werden unmotiviert aggressiv, schreien und zanken in der heftigsten Weise, legen einen blinden Zerstörungstrieb an den Tag. Wiederholt kommt während dieser Erregtheit ein sexueller Reizzustand in Verbindung mit Unreinlichkeit zur Beobachtung. Die Reden des Kranken bilden ein wirres, zusammenhangloses Durcheinander, auf Anrede reagiert er mit blödem Lächeln oder mürrischem Gemurmel — je nach dem Zustand der Ruhe oder Gereiztheit, in dem er sich eben befindet. Die Orientierungsfähigkeit sowie die Verstandeseigenschaften entziehen sich einer Prüfung, indem die Aufmerksamkeit und das Interesse des Patienten nicht durch eine Frage zu fixieren sind und derselbe andererseits infolge seiner Apathie nicht den Willen hat, sich über die Personen und Dinge seiner Umgebung zu orientieren. Eine regelmässige Beschäftigung ist bei diesen hohen Graden der Verblödung nicht mehr durchführbar; in den hier angegebenen Fällen wurde der Versuch hiezu stets gemacht, und eine mehr oder weniger lange Zeit, solange noch einige geistige Regsamkeit bei dem Kranken vorhanden war, war noch eine gewisse Fähigkeit zu einer Arbeit zu erzielen; dieselbe erleidet dann allmählich immer grössere Unterbrechungen, bis gänzliche Unmöglichkeit eintritt, diese oft herbeigeführt durch körperliche Erkrankungen.

Bezüglich des Körperzustandes unterscheiden sich die hohen Verblödungsgrade nicht weniger von den mittleren wie bezüglich des geistigen. Die erwähnten Begleiterschei-

nungen der Apathie: die schlechte Körperhaltung, die Bewegungslosigkeit, die Unreinlichkeit, die unzweckmässige Art der Nahrungsaufnahme schwächen den Körper und schaffen eine Disposition zu Infektionskrankheiten. Hierzu kommen noch spezielle Eigentümlichkeiten der tief Verblödeten, so die bei den einzelnen Fällen häufig angegebene Salivation: der Kranke sammelt Massen von Schleim und Speichel in der Mundhöhle an, welche sich zersetzen und schädigend auf die Verdauungs- und Atmungsorgane einwirken, wenn auch schwerere Erkrankungen des Zahnfleisches, der Speicheldrüse etc. durch mühevolle Mundpflege verhindert werden. Ferner zeigt die Funktion der sensiblen Nerven tiefgehende Störungen, wie in besonders auffallenderweise die Patientin 11 beweist, welche während der ganzen Dauer einer floriden Phthise nicht nur keine Spur von den Schmerzen, welche mit den entzündeten Atmungsorganen verbunden sind, an den Tag legte, sondern auch keinen der unwillkürlichen, reflektorischen Hustenstösse hören liess. Die schweren Fälle von Verblödung erkranken auch unter den günstigen äusseren Verhältnissen, wie die hiesige Anstalt sie bietet, an jenen Krankheiten, welche bei dieser Form der geistigen Störung allgemein beobachtet werden: Degeneration des Herzmuskels und besonders Lungentuberkulose; die Dauer des zweiten Stadiums wird hierdurch im allgemeinen eine kürzere wie bei den leichteren Graden hebephrenischer Demenz und zwar in der Weise, dass die Geistesstörung selbst als die prinzipielle Ursache angesehen werden muss.

Der Obduktionsbefund von den beiden Kranken 10 und 11 ergab bezüglich der pathologischen Gehirnveränderungen nichts Charakteristisches.

Betrachten wir die sämtlichen hier angeführten Fälle hinsichtlich ihrer Prognose, so ergibt sich für dieselbe die von Kräpelin für die Dementia praecox im allgemeinen fest-

gestellte Beobachtung; eine gänzliche Wiederherstellung der geistigen Gesundheit ist bei keinem der Kranken erfolgt, auch nicht bei Patient 6, bei welchem allerdings der Defekt, welcher vom akuten Krankheitsprozess zurückblieb, ein geringer war, so dass von einer „Heilung mit Defekt" gesprochen werden kann. Bei den übrigen bildet der chronische Teil des Krankheitsverlaufes eine gewisse Besserung gegenüber den heftigen Erscheinungen des akuten Stadiums und bei den leichteren Fällen von Demenz lässt sich dieselbe als wirklich und dauernd annehmen. Die schweren Fälle geben in jeder Beziehung eine ungünstige Prognose, nicht nur für den Verlauf des geistigen Krankheitsprozesses, sondern auch, wie oben angegeben, für den körperlichen Zustand. Den wahrscheinlichen Ausgang der Geistesstörung aus den Anfangssymptomen des ersten Stadiums vorherzusehen, ist nach den Beobachtungen der hier geschilderten Krankheitsbilder unsicher, wenn nicht unmöglich; gerade die heftigsten Erscheinungen von Verwirrtheit, Agitation etc., wie z. B. in Fall 6, gingen in relativ kurzer Zeit zurück und ohne schwere Schädigungen zurückzulassen. Das Auftreten eines Nachschubes darf jedenfalls als ein sehr ungünstiges prognostisches Zeichen betrachtet werden.

Was den Erfolg der Anstaltsbehandlung anlangt, so geht aus den vorliegenden Beobachtungen, abgesehen von der bereits erwähnten Einwirkung der regelmässigen Beschäftigung, das hervor, dass diejenigen Kranken, welche am schnellsten nach dem Ausbrechen der Geistesstörung der Irrenanstalt übergeben wurden, den günstigsten Krankheitsverlauf aufweisen: so die Fälle 5, 6, 12, (bei 12 kann wohl angenommen werden, dass der Nachschub durch fortgesetzten Aufenthalt in der Anstalt abgehalten oder wenigstens abgeschwächt worden wäre); die unter ähnlichen Bedingungen erkrankten Patienten 7, 10, 11, bei welchen die Verbringung in die

Anstalt jahrelang hinausgeschoben wurde, bilden in dieser Hinsicht einen starken Gegensatz zu den oben genannten.

Zum Schlusse sei bemerkt, dass die vorliegenden 15 Fälle aus einer Anzahl von Krankengeschichten ausgewählt wurden, welche wohl die Erscheinungen der allgemeinen Krankheitsform der Dementia praecox und das Alter der Dementia hebephrenica aufwiesen, für diese letztere Diagnose aber doch nicht hinreichend charakteristische und interessante Einzelsymptome boten, um hier aufgezählt zu werden. Die Anzahl der Kranken, welche in jugendlichem Alter an geistigen Störungen erkranken, erscheint nach dem Überblick über die sämtlichen Aufnahmen in hiesiger Anstalt bedeutend und die sämtlichen Formen der Geisteskrankheit — natürlich mit Ausnahme derer des Rückbildungsalters — in einer Häufigkeit vertreten, welche einen Vergleich nicht uninteressant machen. Die Zahl der aufgenommenen Kranken betrug innerhalb der 20 Jahre, welche für die vorliegende Arbeit als zeitliche Begrenzung dienten, rund 2000; von diesen hatten ca. 490 das 29. Lebensjahr noch nicht überschritten. Unter diesen 490 Kranken sind die einzelnen Formen der geistigen Störungen, nach prozentualem Verhältnis gerechnet, folgendermassen vertreten:

	männl. Kranke	weibl. Kranke
Hysterie und Epilepsie . .	3,26%	4,89%
Paralyse	0,4 %	1,4 %
Imbecillität und Idiotie . .	11,0 %	2,65%
manisch-depressiv. Irresein .	7,75%	9,38%
Paranoia	3,26%	4,28%
Dementia praecox	11,42%	8,18%
Amentia, Kollapsdelir. . .	7,14%	8,77%
Alkoholismus	1,2 %	—

Lebenslauf.

Der Unterzeichnete, Joseph von Schleiss-Löwenfeld, wurde geboren als ehelicher Sohn des prakt. Arztes Dr. Max von Schleiss-Löwenfeld und seiner Ehefrau, geborene Pflüger, Louise, am 7. Dezember 1872 zu Mantel, B.-A. Neustadt a. d. Waldnaab. Er besuchte die Volksschule zu Mantel, dann das Gymnasium zu Metten und zu Landshut und absolvierte dasselbe zu Landshut im Juli 1894. Im November 1894 wurde er an der Universität München bei der medizinischen Fakultät inskribiert, bestand daselbst das Tentamen physicum am 24. Juli 1896 und beendete die ärztliche Approbationsprüfung am 11. Dezember 1899 ebendaselbst. Vom 1. März 1900 bis zum 1. April 1901 befand er sich als Assistenzarzt am Bürgerhospital in Stuttgart, dann vom 1. Mai bis 1. August 1901 als stellvertretender Assistenzarzt in der Kreis-Irrenanstalt Gabersee. Am 1. Januar 1902 wurde er laut Entschliessung der Kgl. Regierung von Oberbayern, Kammer des Innern, als vierter Assistenzarzt der Kreis-Irrenanstalt Gabersee aufgestellt, welche Stellung er bis jetzt inne hat.

Joseph von Schleiss-Löwenfeld,
Assistenzarzt der Kreis-Irrenanstalt Gabersee.